Services aux Autochtones Canada | Indigenous Services Canada

Services de santé non assurés

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

LISTE DES MÉDICAMENTS

printemps 2018

Le Programme des Services de santé non assurés (SSNA) fournit aux membres des Premières nations inscrits et aux Inuits reconnus au Canada des services de santé supplémentaires, dont des médicaments d'ordonnance et des médicaments en vente libre.

Visitez note site Web à : **www.canada.gc.ca/ssna**

Canada

Ministère des Services aux Autochtones Canada
Services de santé non assurés

Introduction
Liste des médicaments

en vigueur
printemps 2018

Table des matières

1. Contexte du Programme des SSNA iii
2. But de la Liste de médicaments du Programme des SSNA iii
3. Processus d'examen des médicaments iii
4. Critères applicables aux prestations v
   - A) Inscription de médicaments à la liste vi
   - B) Critères régissant les retraits vii
   - C) Médicaments couverts sans restriction vii
   - D) Médicaments d'usage restreint vii
   - E) Critère d'exception viii
   - F) Exclusions viii
5. Politiques viii
   - A) Équivalent le moins coûteux et substitutions viii
   - B) Interdiction de substituer (demande de remboursement) ix
   - C) Quantité prescrite ix
   - D) Politique de frais d'exécution de l'ordonnance à court terme ix
6. Liste spéciale de médicaments pour les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique xi
7. Liste de médicaments pour soins palliatifs xi
8. Liste spéciale de médicaments utilisés en cours de traitement du cancer xi
9. Évaluation de l'utilisation des médicaments xii
10. Renseignements généraux xii
11. Code de protection des renseignements personnels du Programme des SSNA xii
12. Classification pharmacothérapeutique des médicaments xii

Légende xiv

Liste des médicaments

- 04:00 Antihistaminiques 1
- 08:00 Anti-infectieux 2
- 10:00 Antinéoplasiques 17
- 12:00 Médicaments du système nerveux autonome 28
- 20:00 Formation et coagulation sanguine 37
- 24:00 Cardio-vasculaires 42
- 28:00 Médicaments du système nerveux central 65
- 32:00 Contraceptifs (non par voie orale) 99
- 36:00 Agents diagnostiques 104
- 40:00 Électrolytes-diurétiques 107
- 48:00 Antitussifs, expectorants et mucolytiques 111
- 52:00 Médicaments pour yeux, oreilles, nez, gorge 114
- 56:00 Gastro-intestinaux 120
- 60:00 Sels d'or 127
- 64:00 Antidotes des métaux lourds 128
- 68:00 Hormones et substituts 129
- 72:00 Anesthésiques Locaux 135
- 84:00 Peau et muqueuses 139
- 86:00 Spasmolytiques 148
- 88:00 Vitamines 150
- 92:00 Autres médicaments 153
- 94:00 Dispositifs et instruments 162
- 96:00 Spécialités pharmaceutiques 168

Annexe A (Prestations pharmaceutiques d'usage restreint et critères) A-1
Annexe B (Liste spéciale de médicaments pour les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique) B-1
Annexe C (Liste de médicaments pour soins palliatifs) C-1
Annexe D (Liste spéciale de médicaments utilisés en cours de traitement du cancer) D-1
Annexe E (Préparations magistrales) E-1
Annexe F (Liste des fabricants des médicaments) F-1
Annexe G (Listes d'exclusions) G-1
Annexe H (Nouveaux médicaments couverts) H-1
Liste alphabétique des médicaments (index) I-1

1. CONTEXTE DU PROGRAMME DU PROGRAMME DES SSNA

Le Programme des services de santé non assurés (SSNA) de le ministère des Services aux Autochtones Canada fournit membres admissibles des Premières nations et des Inuits une gamme limitée de biens et de services de santé médicalement nécessaires, qui ne sont pas couverts par des régimes d'assurance-maladie provinciaux, territoriaux ou privés. Ces prestations complètent celles des programmes de soins de santé provinciaux et territoriaux, tels que les soins médicaux et hospitaliers, ainsi que d'autres programmes et services communautaires des Premières nations et des Inuits. Les biens et services couverts par les prestations comprennent les médicaments, le transport pour raison médicale, les soins dentaires, les fournitures et le matériel médicaux, le counseling d'intervention en situation de crise et les soins de la vue.

Les attributions du Programme des SSNA en matière de santé des Premières nations proviennent de la Politique sur la santé des Indiens de 1979 qui décrit les responsabilités telles qu'elles doivent être partagées entre les différents niveaux de gouvernement, le secteur privé et les collectivités des Premières nations. Selon ce partage de responsabilités, lorsqu'une prestation est couverte par un autre régime, le gouvernement fédéral exige la coordination des prestations de façon à s'assurer que l'autre régime fait face à ses engagements.

2. BUT DE LA LISTE DE MÉDICAMENTS DU PROGRAMME DES SSNA

La Liste des médicaments contient les médicaments couverts par le Programme des SSNA. Cette liste est révisée régulièrement et publiée régulièrement. Les médicaments répertoriés sur cette liste sont des médicaments surtout utilisés à domicile ou dans un environnement de soins ambulatoires. Pour qu'un médicament répertorié soit admissible aux prestations, il faut qu'il ait été prescrit par un praticien autorisé. Un praticien autorisé est une personne autorisée à prescrire des médicaments dans le cadre de sa pratique, dans sa province ou son territoire. La Liste des médicaments est un outil pour les prescripteurs et les pharmaciens qui les aide à optimaliser la pharmacothérapie tout en satisfaisant au critère de coût et efficacité.

3. PROCESSUS D'EXAMEN DES MÉDICAMENTS

Le processus d'examen des médicaments dont l'admissibilité aux prestations est envisagé en vertu du Programme des SSNA varie en fonction du type de médicament soumis pour examen.

3.1 Nouvelles entités chimiques, nouvelles associations de médicaments et entités chimiques existantes avec nouvelle indication

Les présentations de demandes concernant de nouvelles entités chimiques, de nouvelles associations de médicaments et des entités chimiques existantes avec nouvelle indication doivent être envoyées à l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS). Les évaluations cliniques et pharmaco économiques sont coordonnées par la Direction du Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) ou par le Programme pancanadien d'évaluation des médicaments oncologiques (pCODR) et envoyées à leur comité d'experts respectif pour recommandation d'inscription à la Liste de médicaments. Ces recommandations sont transmises aux régimes d'assurance-médicaments, y compris le Programme des SSNA, pour considération. Le Programme des SSNA et d'autres régimes d'assurance-médicaments prennent des décisions concernant l'inscription à la Liste des médicaments en fonction des recommandations de ces comités d'experts ainsi que d'autres facteurs pertinents, tels que le mandat, les priorités et les ressources.

Veuillez consulter l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) pour obtenir une liste des exigences pour la présentation d'une demande par les fabricants et un sommaire des procédures du Programme commun d'évaluation des médicaments. Les demandes de renseignements devraient être envoyées à l'adresse suivante:

Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé
865, avenue Carling, bureau 600
Ottawa (Ontario) K1S 5S8
Téléphone: (613) 226-2553

Site Web: http://www.acmts.ca

Veuillez vous assurer qu'une copie complète de la présentation de demande de médicament soit envoyée au Programme des SSNA de façon électronique à l'adresse internet suivante: NIHB.Drug.Submisions@hc-sc.gc.ca ou par disque compact à l'adresse postale indiquée à la section 3.2.2.4.

3.2 Élargissement de gamme de produits, médicaments génériques et autres présentations de demandes

Les présentations pour des demandes d'élargissement de gamme de produits, pour des médicaments génériques et pour toutes autres présentations de demandes sont révisées soit à l'interne ou par le Comité consultatif sur les médicaments et les thérapeutiques (CCMT) du Programme des SSNA. Les médicaments génériques peuvent être inclus à la Liste de médicaments suivant les listes provinciales d'interchangeabilité et suivant d'autres facteurs pertinents.

3.2.1 Comité consultatif sur les médicaments et les approches thérapeutiques (CCMAT)

Le CCMAT du Programme des SSNA fournit des recommandations d'inscription de médicaments à la Liste de médicaments du Programme des SSNA. Le Programme prend des décisions concernant l'inscription à la Liste des médicaments en fonction des recommandations du CCMAT ainsi que d'autres facteurs pertinents, tels que mandat, priorités et ressources. Le CCMAT contribue également au programme de l'évaluation de l'utilisation des médicaments qui fait la promotion de l'usage approprié et sécuritaire des thérapies médicamenteuses pour les clients des Premières nations et les Inuits.

Le CCMT du Programme des SSNA est un organe consultatif composé de professionnels de la santé hautement qualifiés qui fournissent des avis d'experts impartiaux et pratiques de nature médicale et pharmaceutique à l'intention du Programme des SSNA afin de promouvoir l'amélioration des résultats sur le plan de la santé des clients des Premières nations et des clients Inuits grâce à l'utilisation efficace des produits pharmaceutiques. L'approche adoptée est fondée sur des données probantes et les avis exprimés se font l'écho des connaissances médicales et scientifiques, des tendances actuelles en matière d'utilisation, de la pratique clinique courante, des méthodes de prestation des soins de santé et des besoins précis des clients du Ministère en matière de soins de santé.

3.2.2 Exigences pour la présentation d'une demande

Toutes les demandes concernant un médicament qui est soit un élargissement de gamme de produits, un médicament générique et pour tout autre présentation de demandes, doivent être soumises au Programme des SSNA. Seuls les médicaments ayant fait l'objet d'un avis de conformité de Santé Canada seront pris en considération aux fins d'admissibilité aux prestations.

3.2.2.1 Lettre d'autorisation

Le fabricant fournira au responsable du Programme des SSNA une lettre autorisant le Programme des SSNA à avoir accès à tous les renseignements en possession de Santé Canada ou du gouvernement d'une province ou d'un territoire au Canada, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés ou de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) concernant le produit.

3.2.2.2 Justification de l'inscription possible d'un médicament à la liste

Le fabricant fournira un énoncé indiquant les raisons qui justifient que le nouveau produit devienne admissible aux prestations en vertu du Programme des SSNA.

3.2.2.3 Information générale
Des informations supplémentaires sont requises telles que:
• Preuve que le produit a été approuvé par Santé Canada, y compris un avis de conformité (AC) et le numéro d'identification du médicament (DIN) et
• Classification du produit selon deux systèmes:
- classification pharmacothérapeutique de l'American Hospital Formulary Service (AHFS) et;
- classification anatomo-thérapeutique et chimique de l'Organisation mondiale de la santé.

3.2.2.4 Renseignements économiques
Le fabricant doit présenter l'information concernant le prix actuel du médicament.

Les fabricants sont tenus d'informer le responsable du Programme des SSNA de toute modification importante apportée aux médicaments répertoriés, telle que les modifications apportées au DIN, au nom du produit, au fabricant ou au distributeur, à l'indication, à la monographie du produit, à l'emballage, à la formulation, aux spécifications du fabricant ou à l'interruption d'un produit. Les modifications doivent être communiquées électroniquement au Programme des SSNA.

Les présentations de demandes pour des médicaments à être révisées pour inclusion à la Liste des médicaments doivent être envoyées électroniquement au Programme des SSNA. Veuillez envoyer les présentations de demandes à l'adresse internet suivante: NIHB.Drug.Submisions@hc-sc.gc.ca

Les présentations de demandes seront acceptées sur un disque compact si elles sont expédiées à l'adresse suivante:

a/s Gestionnaire de l'élaboration des politiques en pharmacie
Programme des Services de santé non assurés
Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits
Services aux Autochtones Canada, 9e étage, immeuble Jeanne Mance
200, promenade Églantine, Pré Tunney
Indice de l'adresse 1909D
Ottawa, Ontario K1A 0K9

Il n'est pas nécessaire d'expédier plus d'UNE copie de la demande de présentation. La réception de la demande sera confirmée par courrier électronique. La version de papier de présentation de demande ne sera plus acceptée par le Programme.

4. CRITÈRES APPLICABLES AUX PRESTATIONS

Le choix des médicaments inscrits à la Liste des médicaments du Programme des SSNA repose sur un certain nombre de critères. Ces critères servent de point de départ pour prendre des décisions concernant les médicaments de la liste relativement aux points suivants:

A. Inscriptions
B. Retraits
C. Médicaments couverts sans restriction
D. Usage restreint
E. Exceptions
F. Exclusions

Tous les médicaments que l'on veut inscrire à la liste ou qui y figurent déjà en tant que prestations pharmaceutiques doivent, au minimum, satisfaire aux conditions suivantes :

1. avoir fait l'objet d'un avis de conformité et être légalement offert sur le marché canadien;
2. être vendus au Canada (on pourra exiger une copie du formulaire de notification émis en vertu du Règlement sur les aliments et drogues ou une preuve d'inscription sur une liste de médicaments provincia'e);
3. être utilisés à domicile ou dans un milieu de soins ambulatoires;
4. ne pas être fournis dans un lieu subventionné par une province ou un territoire (hôpital ou établissement) ou ne pas être fournis par l'intermédiaire d'une clinique ou d'un programme financé par une province ou un territoire conformément à une loi provinciale ou territoriale;
5. être conformes au mandat et aux politiques du Programme des SSNA.

A. Inscription de médicaments à la liste

Avec l'aide de l'ACMTS, du pCORD et du CCMT du Programme des SSNA, le Programme prend les décisions d'inscrire des produits sur la Liste des médicaments en tenant compte:

- des besoins des clients des Premières nations et des Inuits;
- des multiples recherches scientifiques et cliniques sur les médicaments ajoutés à la liste
- d'analyse de coût et efficacité
- de la disponibilité des médicaments de rechange à la Liste de médicaments
- des pratiques actuelles en soin de santé
- des différentes politiques provinciales ainsi que de leurs listes de médicaments respectives

Une nouvelle formulation ou une nouvelle concentration d'un produit figurant déjà sur la liste pourra être ajoutée ou remplacer un produit déjà approuvé.

Les équivalents génériques de médicaments sont ajoutés conformément aux listes d'interchangeabilité provinciales et d'autres facteurs pertinents.

Les associations de produits pharmaceutiques seront considérées pour inclusion si:

1. chaque produit associé contribue à l'effet revendiqué;
2. l'association est justifiée sur le plan pharmacologique ou pharmaceutique;
3. la posologie de chaque élément (dose, fréquence et durée de l'effet) est telle que l'association est efficace et sans danger pour une grande partie de la population visée par ce traitement associé, tel que défini sur l'étiquette du produit et;
4. le coût de l'association est inférieur aux coûts additionnés de chacun des produits ou des preuves scientifiques démontrent que les avantages de l'association l'emportent sur l'augmentation du coût ou;
5. on a démontré une amélioration de l'observance des patients donnant lieu à une augmentation de l'efficacité clinique.

Les produits à longue action (libération prolongée) peuvent être inscrits à la liste lorsque:

1. des études cliniques ont démontré l'innocuité et l'efficacité de l'ingrédient actif lorsqu'il est administré dans une préparation à longue action et;
2. la préparation présente un avantage thérapeutique dans le traitement de la pathologie pour laquelle elle est indiquée. On entend par avantage thérapeutique: une efficacité plus grande par rapport à la formulation classique sans augmentation de la toxicité ou encore une toxicité diminuée associée à une efficacité plus grande ou similaire ou;
3. on a démontré une amélioration de l'observance des patients donnant lieu à une augmentation de l'efficacité clinique ou;
4. on a prouvé que le produit à longue action est aussi, sinon plus, économique que l'équivalent courrant le moins coûteux actuellement couvert ou;
5. il n'existe pas de forme posologique classique du médicament inscrit qui puisse être facilement disponible.

Les médicaments injectables seront pris en considération:

1. s'ils sont susceptibles d'être utilisés à domicile ou dans un milieu de soins ambulatoires;
2. s'ils ne font pas partie de la pharmacopée habituelle d'un bureau de médecin;
3. s'ils ne sont pas administrés dans un hôpital ou un établissement subventionné par une province ou un territoire ou;
4. s'ils ne sont pas fournis par l'intermédiaire d'un programme ou d'une clinique financés par une province ou un territoire conformément à une loi provinciale ou territoriale.

B. Critères régissant les retraits

Les critères suivants guident le retrait immédiat ou anticipé d'un médicament de la Liste du Programme des SSNA. Un médicament sera retiré:

1. s'il n'est plus vendu sur le marché canadien;
2. lorsque de nouveaux produits présentant des avantages ou des améliorations thérapeutiques clairement démontrés ont été ajoutés à la liste;
3. lorsque de nouvelles données sur la toxicité du produit modifient son rapport risques-avantages, rendant ainsi sa présence sur la liste inappropriée;
4. lorsque de nouveaux renseignements démontrent que le produit ne présente pas les avantages thérapeutiques escomptés;
5. lorsque le prix d'acquisition est trop élevé par rapport aux avantages offerts;
6. lorsque le médicament présente un potentiel élevé d'abus ou d'usage à des fins non médicales.

NOTA: Certains médicaments peuvent aussi être retirés sur recommandation du directeur général du Programme des SSNA lorsque leur présence sur la liste entraîne des répercussions indésirables sur les plans financiers, administratifs ou de l'approvisionnement.

C. Médicaments couverts sans restriction

Les médicaments couverts sans restriction sont ceux qui figurent dans la Liste des médicaments du Programme des SSNA et pour lesquels il n'existe aucun critère d'admissibilité ou obligation d'autorisation préalable.

D. Médicaments d'usage restreint

L'inscription de certains produits pharmaceutiques sur la Liste de médicaments générale peut ne pas être appropriée, mais il reste que ces médicaments peuvent tout de même être utiles dans certaines circonstances. Ces de médicaments peuvent alors être inscrits avec la mention « médicament à usage restreint » et être soumis à des critères spécifiques d'utilisation dans le cadre du Programme des SSNA. Un produit sera désigné « médicament `à usage restreint » :

1. s'il existe un fort potentiel d'utilisation en dehors des indications pour lesquelles un avantage a été démontré;
2. si son efficacité a été démontrée, mais son utilisation s'accompagne d'effets indésirables prévisibles importants;
3. si c'est un médicament de deuxième ou de troisième intention et son utilisation est justifiée en raison d'allergies, d'intolérance ou d'échec de traitement avec le produit de première intention;
4. s'il est très coûteux et il existe d'autres choix thérapeutiques aussi efficaces sur la liste établie.

Il existe trois types de médicaments à usage restreint :

1. Certains médicaments d'usage restreint qui ne nécessitent pas d'autorisation préalable. Les médicaments suivants, mais non de façon limitative, font partie de cette classe:
   - les multivitamines (qui ne sont fournies aux enfants jusqu'à de six ans),
   - les multivitamines prénatales ou postnatales (qui ne sont fournies qu'aux femmes âgées de 12 à 50 ans en âge d'avoir des enfants).

2. Les médicaments d'usage restreint pour lesquels on a établi des limites aux quantités fournies et/ou à la fréquence d'utilisation. Une quantité maximale du médicament est permise au cours

d'une période donnée, et le client n'a pas besoin d'obtenir une autorisation préalable pour recevoir la quantité permise du médicament au cours de la période spécifiée. Parmi ces médicaments, nous retrouvons les produits pour aider à cesser de fumer. Les clients peuvent recevoir trois séries d'approvisionnements de médicaments pour la cessation tabagique avec une limite de quantité au cours d'une période d'une année. Ces trois séries d'approvisionnements comprennent deux séries de timbres de nicotine et une série de produits utilisés en cas de besoin (p. ex. gomme à mâcher, pastilles, inhalateurs).

3. Les de médicaments d'usage restreint nécessitant une autorisation préalable (en remplissant le « formulaire de demande d'usage restreint »). Ces de médicaments d'usage restreint et les critères établis pour leur utilisation sont inscrits dans la Liste de médicaments, et sont aussi bien identifiés à l'annexe A. Les critères sont aussi inscrits sur le formulaire expédié par télécopieur que les médecins doivent remplir.

E. Exceptions

Les médicaments d'exception n'apparaissent pas à la Liste des médicaments du Programme. Ils peuvent être approuvés dans des circonstances spéciales après avoir reçu du prescripteur un formulaire de demande d'exception complété. Ces demandes sont considérées dans les cas suivants:

- lorsque l'ordonnance est rédigée pour une indication clinique reconnue et que la dose prescrite est étayée par des données probantes publiées ou par l'opinion d'une autorité reconnue;
- lorsqu'il a été démontré cliniquement que le médicament prescrit est supérieur aux traitements apparaissant à la Liste de médicaments;
- lorsque le patient a souffert d'effets indésirables avec la prise du médicament de rechange à meilleur prix et qu'un autre choix de médicament de coût supérieur est requis par le prescripteur;
- lorsqu'il a été démontré cliniquement que les autres traitements existants sont inefficaces, contre- indiqués ou possèdent un profil de toxicité élevé (une préférence personnelle ne peut justifier une exception);

F. Exclusions

Les exclusions comprennent des médicaments qui n'apparaissent pas à la Liste des médicaments et ne peuvent pas faire l'objet d'un appel dans le cadre du Programme des SSNA. Ces médicaments sont utilisés pour traiter certaines conditions, mais ne sont pas considérés comme étant du ressort du Programme. Ils ne sont donc pas remboursés à titre de prestations pharmaceutiques.

Ces produits sont:

- Agents anti-obésité;
- Produits ménagers (savons et shampoings ordinaires);
- Cosmétiques;
- Produits utilisés en médecine parallèle, comme l'huile d'onagre et la glucosamine;
- Mégavitamines;
- Médicaments en cours d'expérimentation clinique;
- Vaccinations;
- Médications liées aux voyages à l'étranger;
- Stimulants de la pousse des cheveux;
- Médicaments utilisés pour traiter l'infertilité ou l'impotence;
- Certains produits en vente libre;
- Préparations contre la toux contenant des opiacés.

Veuillez prendre note que cette liste de médicaments ou de produits exclus n'est pas exhaustive et peut être modifiée si nécessaire.

5. POLITIQUES

A. Équivalent le moins coûteux et substitutions

Dans un groupe de produits pharmaceutiques interchangeables, le Programme des SSNA ne remboursera que le coût de l'équivalent le moins coûteux. Les pharmaciens doivent se conformer aux politiques et aux lois de leur province ou de leur territoire respectifs pour identifier les produits pouvant être substitués et pour choisir l'équivalent le moins coûteux. (Le Programme ne remboursera pas nécessairement le coût qui apparaît au formulaire provincial).

B. Interdiction de substituer

Le Programme des SSNA pourra rembourser le coût d'un médicament équivalent plus coûteux, si un patient a subi un effet indésirable avec le produit de moindre coût. Dans un tel cas, le prescripteur devra fournir au Programme des SSNA:

1. le formulaire de Santé Canada: Notification concernant un effet indésirable présumé dû à un produit pharmaceutique commercialisé au Canada dûment rempli et signé et

2. une ordonnance sur laquelle les mots 'pas de substitution' ou 'ne pas substituer' ont été inscrits à la main ou imprimés sur l'ordonnance.

Sur réception, le pharmacien enverra une copie du formulaire de déclaration et une copie de l'ordonnance au Programme pour examen. Le prescripteur est responsable d'acheminer une copie de la formule de déclaration au Programme Canada Vigilance de Santé Canada. On peut obtenir des formulaires en téléphonant à Santé Canada au 1-866-234-2345, ou en téléchargeant une copie à partir du site Web suivant de Santé Canada: **http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/report-declaration/ar-ei_form-fra.php**

Remarque: Il n'est pas nécessaire de soumettre à nouveau un formulaire de Notification concernant un effet indésirable présumé dû à un produit pharmaceutique à chaque renouvellement de l'ordonnance ni lorsque le même médicament est prescrit de nouveau au même patient. Par contre, la nouvelle ordonnance devra porter la mention « pas de substitution » inscrite à la main ou imprimée sur l'ordonnance.

C. Quantité prescrite

Normalement, toute la quantité d'un médicament prescrit doit être dispensée. Lorsque la condition d'un patient a été stabilisée avec un médicament et que le prescripteur croit qu'il est peu probable que la posologie doive être ajustée au cours de la période couverte par l'ordonnance, on devrait considérer la possibilité de fournir au patient la quantité nécessaire du médicament équivalente à un maximum de 100 jours de traitement. Les ordonnances pour les opioïdes ne peuvent pas être délivrées pour une période de plus de 30 jours. Le médecin peut continuer à prescrire une quantité moindre avec des renouvellements à intervalles fixes s'il croit que c'est dans l'intérêt de son patient.

D. Politique de frais d'exécution de l'ordonnance à court terme

Le Programme estime que certains médicaments nécessaires pour une thérapie d'entretien à long terme devraient être prescrits et être distribués dans des quantités jusqu'à 100 jours d'approvisionnement. En ce qui concerne les renouvellements d'ordonnance de médicaments nécessitant une exécution à court terme pendant une période de moins de 28 jours attribuable à un problème d'observance, le Programme versera aux pharmaciens seulement une somme ne dépassant pas les honoraires habituels et coutumiers pour chaque période de 28 jours, jusqu'à concurrence du maximum régional alloué par le Programme

Les médicaments de la liste incluent (mais non de façon limitative) les médicaments des catégories suivantes:

Antihistaminiques
Immunosuppresseurs
Antiémétiques pour la chimiothérapie liée au cancer
Analogue synthétique de l'hormone antidiurétique
Antagonistes des récepteurs alpha-adrénergiques
Médicaments contre la goutte
Médicaments cardiovasculaires
Anticoagulants
Agents procinétiques
Anti-inflammatoires non stéroïdiens
Médicaments contre la démence
Médicaments anti-parkinsoniens
Médicaments pour le diabète

Médicaments pour traiter les maladies des os
Inhibiteurs de la pompe à protons
Médicaments pour la thyroïde
Antagonistes des récepteurs H2
Médicaments en vente libre (y compris les vitamines)
Autres médicaments pour les ulcères gastriques et le reflux gastro-oesophagien (RGO)
Médicaments pour l'hyperplasie bénigne de la prostate (HBP)
Médicaments anti-inflammatoires pour le traitement des symptômes gastro-intestinaux
Relaxants des muscles lisses des voies respiratoires
Préparations enzymatiques
Spasmolytiques urinaires
Médicaments contre l'agrégation plaquettaire

Remarque: Cette liste peut être modifiée au besoin et les changements seront communiqués sous forme de mises à jour en ligne de la Liste des médicaments et dans le Bulletin pharmaceutique trimestriel. Les médicaments de la liste relevant de la politique de frais d'exécution de l'ordonnance à court terme sont identifiés à notre Liste de médicaments par le symbole: CT situé à côté du dosage et de la forme du médicament.

Voici les exceptions à la politique de frais d'exécution de l'ordonnance à court terme:
• Renouvellement d'ordonnances pour le traitement intermittent de maladie chronique ou renouvellement de médicament qui doit être pris au besoin (PRN). À noter, les médicaments prescrits pour un usage au besoin et dispensés de façon chronique seront sujets à une vérification et à un recouvrement.
• Ordonnances lors de changement de doses.
• Les catégories suivantes de médicaments: opioïdes et les anticoagulants.
• Les catégories suivantes de formes pharmaceutiques: forme liquide orale, injectable et les suppositoires.
• Nouvelles ordonnances ou renouvellements lorsque prescrits ou délivrés par ordre de la cour.
• Autres circonstances identifiées par le Programme

Rémunération
La rémunération versée aux pharmaciens ne dépassera pas les honoraires habituels et coutumiers pour chaque période de 28 jours, jusqu'à concurrence du maximum régional alloué par le Programme. Le Programme des SSNA continuera à effectuer des vérifications et des recouvrements dans les instances où la réduction de quantité se produit.

Approvisionnement de moins de 28 jours
Lorsque des frais d'exécution de l'ordonnance à court terme sont jugés nécessaires, le Programme versera aux pharmaciens pour les médicaments répertoriés ci-dessous, une somme ne dépassant pas les honoraires habituels et coutumiers pour chaque période de sept jours, jusqu'à concurrence du maximum régional alloué par le Programme. Si ces médicaments sont fournis quotidiennement, le Programme versera une somme correspondant à 1/7 des honoraires habituels et coutumiers.

Anticonvulsivants
Antidépresseurs
Antipsychotiques
Benzodiazépines
Stimulants
Thérapie de remplacement à la nicotine
Médicaments utilisés pour la dépendance à la nicotine
Contraceptives
Aiguilles et seringues
Agents antimaniaques
Estrogènes
Progestatifs

Mise en œuvre
À la première ordonnance d'un médicament pour une maladie chronique, le Programme paiera les honoraires complets, peu importe les jours d'approvisionnement. Une nouvelle ordonnance peut inclure un changement de dosage ou un traitement intermittent, en attendant une évaluation par un prescripteur.

Lors du renouvellement d'une ordonnance d'un médicament spécifique aux maladies chroniques pour un approvisionnement de moins de 28 jours, ou lorsque le besoin d'emballage de médicaments

sur une base quotidienne est identifié par le prescripteur, le Programme versera aux pharmaciens les honoraires habituels et couturniers pour chaque période de 28 jours. Pour les médicaments répertoriés précédemment, le Programme versera aux pharmaciens les honoraires habituels et coutumiers pour chaque période de 7 jours.

Un renouvellement est défini comme étant la deuxième ordonnance et tout renouvellement d'ordonnance ultérieur pour une teneur d'ingrédient actif et un dosage donnés pour un médicament.

6. LISTE SPÉCIALE DE MÉDICAMENTS POUR LES PATIENTS SOUFFRANT D'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

Les clients souffrant d'insuffisance rénale chronique sont admissibles à une liste spéciale de médicaments qui leur sont nécessaires sur une base régulière, mais qui ne sont pas inscrits sur la Liste des médicaments du Programme SSNA. Parmi ces produits spéciaux on trouve notamment : darbépoétine alpha (sauf dans les régions ou darbépoétine alpha est fournie par la province dans le cadre d'un programme spécial), les produits contenant du calcium, les multivitamines spécialement formulées pour les patients souffrant de problèmes rénaux et certains suppléments nutritifs destinés à ces mêmes patients.

Les nouveaux patients qui auront besoin d'un des médicaments inscrits sur cette liste spéciale seront identifiés grâce au processus habituel d'autorisation préalable. Une fois l'admissibilité du patient confirmée, tous les autres médicaments de la liste spéciale seront automatiquement approuvés pour aussi longtemps qu'il le faudra.

7. LISTE DE MÉDICAMENTS POUR SOINS PALLIATIFS

Les clients qui ont reçu un diagnostic de maladie en phase terminale et en fin de vie sont admissibles à une liste spéciale de médicaments. Ces médicaments ne sont pas inclus à liste de médicaments du Programme des SSNA. Cette liste de médicaments pour soins palliatifs comprend des médicaments qui apportent du soulagement aux personnes en fin de vie.

Les demandes pour les DINs inclus généreront un formulaire pour demande de soins palliatifs qui sera télécopié au prescripteur. Une fois le questionnaire complété et retourné, le client sera admissible à la Liste de médicaments pour soins palliatifs pour six mois selon les critères suivants :

Le client:

1. ne reçoit pas de soins dans un hôpital ou dans un centre de soins prolongés financé par un gouvernement provincial et
2. a reçu un diagnostic avec une maladie en phase terminale ou maladie qui pourrait être la principale cause de décès dans six mois ou moins

Si la couverture doit se prolonger au-delà de six mois, une période de six mois supplémentaire pourra être autorisée suivant la réception d'un autre questionnaire complété pour demande de soins palliatifs.

8. LISTE SPÉCIALE DE MÉDICAMENTS UTILISÉS EN COURS DE TRAITEMENT DU CANCER

Le Programme des SSNA a mis sur pied une liste spéciale de médicaments qui sont fréquemment utilisés par les clients en cours de traitement du cancer. Cette liste permet de simplifier l'accès aux médicaments complémentaires qui ne sont différents de la chimiothérapie.

Les clients qui sont approuvés pour la chimiothérapie orale ont accès à tous les médicaments de cette liste spéciale de médicaments. De plus, les clients qui font une demande pour l'un des médicaments à cette liste spéciale ont également accès aux médicaments de cette liste durant le cours de traitement du cancer.

Les clients sont automatiquement inscrits à cette liste spéciale pour une période de six mois.
Si le traitement du cancer est d'une durée plus longue, l'accès à cette liste spéciale de médicaments sera accordé pour s'harmoniser avec la durée du traitement. Dans le cas où la durée du traitement n'est pas connue et le plan de traitement s'étend au-delà de six mois, l'accès à cette liste spéciale de médicaments

peut être prolongé sur demande.

9. ÉVALUATION DE L'UTILISATION DES MÉDICAMENTS

L'évaluation de l'utilisation des médicaments au point de service qui fait partie du système de règlement en ligne des demandes de paiement permet l'analyse des données historiques et des données courantes d'utilisation, afin d'identifier les problèmes potentiels liés à l'utilisation des médicaments. Le système renvoie des messages aux pharmaciens afin de leur signaler les problèmes potentiels. Ces messages sont destinés à améliorer la pratique de la pharmacie en fournissant de l'information additionnelle aux pharmaciens. Actuellement, le système permet de surveiller les éléments suivants :

- les interactions potentielles entre médicaments
- la duplication de médicaments
- la duplication de traitements.

Faisant partie du Programme d'évaluation de l'utilisation des médicaments (EUM) du Programme des SSNA, le CCMT examine des profils d'utilisation de médicaments couverts par le Programme et présente des conseils afin de promouvoir un traitement médicamenteux efficace, efficient et optimal à l'intention des Premières nations et des Inuits.

10. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

L'information concernant le Programme des SSNA est affichée sur plusieurs sites internet:

• Le site internet du Programme qui fournit des renseignements généraux sur le Programme et la Liste des médicaments. L'adresse est: http://www.canada.ca/ssna

Pour plus de renseignements concernant le Programme des SSNA, veuillez communiquer avec le:

Directeur, Gestion et service de révision des prestations
Programme des Services de santé non assurés
Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits
Santé Canada, 9e étage, immeuble Jeanne Mance
200, promenade Églantine, Pré Tunney
Indice de l'adresse 1909D
Ottawa, Ontario K1A 0K9

11. CODE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS DU PROGRAMME DES SSNA

Le Programme des SSNA est soucieux de protéger la vie privée de ses clients et les renseignements personnels que ces derniers lui soumettent. Lorsqu' une demande de remboursement est reçue, le Programme des SSNA recueille, utilise, divulgue et consigne dans sa base de données les renseignements relatifs au client, et ce, conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels. Les renseignements des clients qui sont recueillis dans les bases de données sont limités à ceux nécessaires pour l'administration et la vérification des services rendus.

À titre de programme du gouvernement fédéral, le Programme des SSNA doit respecter la Loi sur la protection des renseignements personnels, la Charte des droits et libertés, la Loi sur l'accès à l'information, les politiques sur la protection des renseignements personnels du Conseil du Trésor, la Politique de sécurité du gouvernement et la Politique de sécurité de Santé Canada.

12. CLASSIFICATION PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE DES MÉDICAMENTS

Les médicaments de la Liste de médicaments du Programme des SSNA sont regroupés conformément au système de classification pharmacothérapeutique élaboré par l'American Society of Health-System Pharmacists pour les besoins du AHFS Drug Information.

L'American Society of Health-System Pharmacists a donné son accord quant à l'utilisation de ce système de classification. Elle refuse cependant toute responsabilité quant à l'exactitude des transpositions tirées

hors de leur contexte original.

Les médicaments sont présentés suivant l'ordre alphabétique de leur dénomination commune au sein de chaque classe thérapeutique. Pour chaque dénomination commune, on retrouve les produits qui sont acceptables.

LÉGENDE

1. Classe pharmacothérapeutique

2. Sous-classe pharmacothérapeutique

3. Dénomination commune ou nom générique du médicament.

4. Teneur de l'ingrédient actif et forme pharmaceutique. ^{CT} signifie que le médicament est désigné comme médicament utilisé pour le traitement des maladies chroniques selon la politique d'approvisionnement à court terme.

5. Numéro d'identification de médicament (DIN), assigné par le Programme des produits thérapeutiques, pour identifier exclusivement un produit pharmaceutique d'après son fabricant, son nom, sa teneur en ingrédients actifs, sa voie d'administration et sa forme pharmaceutique.

6. Nom commercial ou marque de commerce du médicament.

7. Liste de tous les ingrédients contenus dans un produit composé.

8. Teneur de tous les ingrédients actifs d'un produit composé, présentés dans le même ordre que les ingrédients.

9. Liste de toutes les marques de commerce disponibles. Les listes de médicaments provinciales et territoriales doivent être consultées pour identifier les produits interchangeables et les produits les moins coûteux.

10. Code de trois lettres servant à identifier le fabricant.

1 → **04:00 ANTIHISTAMINIQUES**

2 → **04.00.00 ANTIHISTAMINIQUES**

3 → **CÉTIRIZINE (CHLORHYDRATE DE)**

4 → CT 10MG COMPRIMÉ

5 → 02231603 APO-CETIRIZINE APX

6 ↑

7 → **28:08.08 ACÉTAMINOPHÈNE, CAFÉINE, CODÉINE (PHOSPHATE DE)**

8 → 300MG & 15MG & 15MG COMPRIMÉ

00706515	PMS-ACET 2	PMS
00653241	RATIO-LENOLTEC NO.2	RPH
02163934	TYLENOL WITH CODEINE NO.2	JNO

9 ↑

300MG & 15MG & 30MG COMPRIMÉ

00653276	RATIO-LENOLTEC NO.3	RPH
02163926	TYLENOL WITH CODEINE NO.3	JNO

10 ↑

LISTE DES MÉDICAMENTS

04:00 ANTIHISTAMINIQUES

04:04.04 ANTIHISTAMINIQUES

DIPHENHYDRAMINE (CHLORHYDRATE DE)

ST 25MG CAPSULE

00757683	PDP-DIPHENHYDRAMINE	PMS

ST 50MG CAPSULE

00757691	PDP-DIPHENHYDRAMINE	PMS

ST 25MG COMPRIMÉ

02176483	ALLER-AIDE	TEV
01949454	ALLERGY	TAN
02229492	ALLERGY FORMULA	VTH
02097583	ALLERNIX	TEV
02017849	BENADRYL	MCL
02257548	DIPHENHYDRAMINE	JMP
02239029	NADRYL	RIV

ST 50MG COMPRIMÉ

02230398	ALLERGY EXTRA STRENGTH	TAN
02097575	ALLERNIX EXTRA STRENGTH	TEV
02257556	DIPHENHYDRAMINE	JMP

ST 2.5MG/ML ÉLIXIR

00833266	ALLERGY ELIXIR	TAN
00804193	ALLERNIX ELIXIR	TEV
02019736	BENADRYL	MCL
00792705	PMS-DIPHENHYDRAMINE	PMS

ST 12.5MG/5ML ÉLIXIR

02298503	DIPHENHYDRAMINE	JMP

ST 1.25MG/ML LIQUIDE

02019698	BENADRYL CHILDRENS	MCL

50MG/ML LIQUIDE

00596612	DIPHENHYDRAMINE	SDZ
02219336	DIPHENIST	OMG
00878200	PMS-DIPHENHYDRAMINE	PMS

04:04.20 ANTIHISTAMINIQUES

CHLORPHÉNIRAMINE (MALÉATE DE)

ST 4MG COMPRIMÉ

00738972	CHLOR-TRIPOLON	BAY
00021288	NOVO-PHENIRAM	TEV

ST 12MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

00738964	CHLOR-TRIPOLON	BAY

04:08.00 ANTIHISTAMINIQUES

CETIRIZINE (CHLORHYDRATE DE)

ST 10MG COMPRIMÉ

02231603	APO-CETIRIZINE	APX
02375095	CETIRIZINE	APX
02451778	JAMP-CETIRIZINE	JMP
02427133	MAR-CETIRIZINE	MAR
02223554	REACTINE	MCL
02315955	SOULAGEMENT DES ALLERGIES	PMS

ST 20MG COMPRIMÉ

02453363	APO-CETIRIZINE	APX
02450526	CETIRIZINE	PDL
02427141	MAR-CETIRIZINE	MAR
02315963	PMS-CETIRIZINE	PMS
02427192	PRIVA-CETIRIZINE	PHA

04:08.00 ANTIHISTAMINIQUES

CETIRIZINE (CHLORHYDRATE DE)

ST 20MG COMPRIMÉ

01900978	REACTINE	MCL

ST 1MG/ML SIROP

02238337	REACTINE	MCL

DESLORATADINE

ST 5MG COMPRIMÉ

02243919	AERIUS	BAY
02369656	ALLERNIX MULTI SYMPTOM	TEV
02338424	DESLORATADINE	APX
02298155	DESLORATADINE CONTRÔLE DES ALLERGIES	PMS

ST 0.5MG/ML SIROP

02247193	AERIUS POUR ENFANTS	BAY

FEXOFÉNADINE (CHLORHYDRATE DE)

ST 60MG COMPRIMÉ

02231462	ALLEGRA 12 HEURES	SAC

ST 120MG COMPRIMÉ

02242819	ALLEGRA 24 HEURES	SAC

LORATADINE

ST 10MG COMPRIMÉ

02280159	24 HOUR ALLERGY REMEDY	VTH
02418959	ALLERTIN	APX
02243880	APO-LORATADINE	APX
00782696	CLARITIN	BAY
02366444	LORATADINE	APX

ST 1MG/ML SIROP

02241523	CLARITIN ENFANTS	BAY

04:92.00 ANTIHISTAMINIQUES

KÉTOTIFÈNE (FUMARATE DE)

ST 1MG COMPRIMÉ

00577308	ZADITEN	TEV

ST 0.2MG/ML SIROP

00600784	ZADITEN	TEV

08:00 ANTI-INFECTIEUX

08:08.00 ANTHELMINTHIQUES

MÉBENDAZOLE

100MG COMPRIMÉ

00556734	VERMOX	JSO

PYRANTEL (PAMOATE DE)

125MG COMPRIMÉ

01944363	COMBANTRIN	MCL

50MG/ML SUSPENSION

01944355	COMBANTRIN	MCL

08:12.02 AMINOGLYCOSIDES

AMIKACINE (SULFATE DE)

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

250MG LIQUIDE

02242971	AMIKACIN SULFATE	SDZ

GENTAMICINE (SULFATE DE)

1MG/ML SOLUTION

02082136	GENTAMICIN IV	BAX

1.4MG/ML SOLUTION

01913530	GENTAMICIN SULFATE IN SODIUM CHLORIDE	HOS

1.6MG/ML SOLUTION

02082152	GENTAMICIN IV	BAX

10MG/ML SOLUTION

02268531	GENTAMICIN	SDZ

40MG/ML SOLUTION

02225131	CIDOMYCINE	UNK
02242652	GENTAMICIN	SDZ

PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES

99506004	GENTAMYCINE INFUSION STERILE	UNK

TOBRAMYCINE

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

1.2G POUDRE POUR SOLUTION

00533688	TOBRAMYCIN	FKD
02285150	TOBRAMYCIN	RAX

10MG/ML SOLUTION

02230639	TOBRAMYCIN	FKD
02241209	TOBRAMYCIN	SDZ

40MG/ML SOLUTION

02420287	JAMP-TOBRAMYCIN	JMP
02230640	TOBRAMYCIN	FKD
02241210	TOBRAMYCIN	SDZ
02382814	TOBRAMYCIN	MYL
99005069	TOBRAMYCINE	UNK

08:12.06 CÉPHALOSPORINES

CÉFACLOR

250MG CAPSULE

02230263	APO-CEFACLOR	APX
02237729	CEFACLOR	IVX

500MG CAPSULE

02230264	APO-CEFACLOR	APX

08:12.06 CÉPHALOSPORINES

CÉFACLOR

500MG CAPSULE

02237730	CEFACLOR	IVX

75MG/ML POUDRE

02237502	APO-CEFACLOR	APX

CÉFADROXIL

500MG CAPSULE

02240774	APO-CEFADROXIL	APX
02311062	PRO-CEFADROXIL	PDL
02235134	TEVA-CEFADROXIL	TEV

CÉFAZOLINE SODIQUE

500MG POUDRE POUR SOLUTION

02108119	CEFAZOLIN	TEV
02237137	CEFAZOLIN	FKD
02308932	CEFAZOLIN	SDZ

1G POUDRE POUR SOLUTION

02108127	CEFAZOLIN	TEV
02237138	CEFAZOLIN	FKD
02297205	CEFAZOLIN	HOS
02308959	CEFAZOLIN	SDZ
02437112	CEFAZOLIN	RAX

10G POUDRE POUR SOLUTION

02108135	CEFAZOLIN	TEV
02237140	CEFAZOLIN	FKD
02297213	CEFAZOLIN	HOS
02308967	CEFAZOLIN	SDZ
02437120	CEFAZOLIN	RAX

PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES

99506000	CÉFAZOLINE INFUSION STERILE	UNK

CÉFIXIME

400MG COMPRIMÉ

02432773	AURO-CEFIXIME	AUR
00868981	SUPRAX	ODN

20MG/ML POUDRE POUR SUSPENSION

00868965	SUPRAX	ODN

CEFPROZIL

250MG COMPRIMÉ

02292998	APO-CEFPROZIL	APX
02347245	AURO-CEFPROZIL	AUR
02293528	RAN-CEFPROZIL	RBY
02302179	SANDOZ CEFPROZIL	SDZ

500MG COMPRIMÉ

02293005	APO-CEFPROZIL	APX
02347253	AURO-CEFPROZIL	AUR
02293536	RAN-CEFPROZIL	RBY
02302187	SANDOZ CEFPROZIL	SDZ

25MG/ML POUDRE POUR SUSPENSION

02293943	APO-CEFPROZIL	APX
02329204	RAN-CEFPROZIL	RBY
02303426	SANDOZ CEFPROZIL	SDZ

50MG/ML POUDRE POUR SUSPENSION

02293951	APO-CEFPROZIL	APX
02293579	RAN-CEFPROZIL	RBY
02303434	SANDOZ CEFPROZIL	SDZ

08:12.06 CÉPHALOSPORINES

CEFTAZIDIME

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

1G POUDRE POUR SOLUTION

00886971	CEFTAZIDIME	FKD
02437848	CEFTAZIDIME	RAX
02212218	FORTAZ 1G	GSK

2G POUDRE POUR SOLUTION

00886955	CEFTAZIDIME	FKD
02437856	CEFTAZIDIME	RAX
02212226	FORTAZ 2G	GSK

3G POUDRE POUR SOLUTION

02439522	CEFTAZIDIME	RAX

6G POUDRE POUR SOLUTION

00886963	CEFTAZIDIME	FKD
02437864	CEFTAZIDIME	RAX
02212234	FORTAZ 6G	GSK

CEFTRIAXONE SODIQUE

250MG POUDRE POUR SOLUTION

02250276	CEFTRIAXONE	HOS
02289679	CEFTRIAXONE	FKD
02292262	CEFTRIAXONE	SDZ
02292866	CEFTRIAXONE	HOS
02325594	CEFTRIAXONE	RAX

1G POUDRE POUR SOLUTION

02250292	CEFTRIAXONE	HOS
02287633	CEFTRIAXONE	TEV
02292270	CEFTRIAXONE	SDZ
02292874	CEFTRIAXONE	HOS
02325616	CEFTRIAXONE	RAX

2G POUDRE POUR SOLUTION

02250306	CEFTRIAXONE	HOS
02292289	CEFTRIAXONE	SDZ
02292882	CEFTRIAXONE	HOS
02325624	CEFTRIAXONE	RAX

10G POUDRE POUR SOLUTION

02325632	CEFTRIAXONE SODIUM FOR BP	RAX

PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES

99506001	CÉFTRIAXONE INFUSION STERILE	UNK

CÉFUROXIME AXÉTIL

250MG COMPRIMÉ

02244393	APO-CEFUROXIME	APX
02344823	AURO-CEFUROXIME	APL
02212277	CEFTIN	GSK
02242656	RATIO-CEFUROXIME	TEV

500MG COMPRIMÉ

02244394	APO-CEFUROXIME	APX
02344831	AURO-CEFUROXIME	APL
02212285	CEFTIN	GSK
02311453	PRO-CEFUROXIM	PDL
02242657	RATIO-CEFUROXIME	TEV

25MG/ML POUDRE POUR SOLUTION

02212307	CEFTIN	GSK

08:12.06 CÉPHALOSPORINES

CÉPHALEXINE

250MG CAPSULE

00342084	TEVA-CEPHALEXIN	TEV

500MG CAPSULE

00342114	TEVA-CEPHALEXIN	TEV

250MG COMPRIMÉ

00768723	APO-CEPHALEX	APX
02177846	DOM-CEPHALEXIN	DPC
00403628	KEFLEX	PED
02177781	PMS-CEPHALEXIN	PMS
00583413	TEVA-CEPHALEXIN	TEV

500MG COMPRIMÉ

00768715	APO-CEPHALEX	APX
00828866	CEPHALEXIN-500	PDL
02177854	DOM-CEPHALEXIN	DPC
00244392	KEFLEX	PED
02177803	PMS-CEPHALEXIN	PMS
00583421	TEVA-CEPHALEXIN	TEV

25MG/ML POUDRE POUR SUSPENSION

02177862	DOM-CEPHALEXIN	DPC
00015547	KEFLEX	PED
00342106	TEVA-CEPHALEXIN	TEV

50MG/ML POUDRE POUR SUSPENSION

02177870	DOM-CEPHALEXIN	DPC
00035645	KEFLEX	PED
00342092	TEVA-CEPHALEXIN	TEV

08:12.07 DIVERS BÊTA-LACTAMINES

ERTAPENEM

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

1G POUDRE POUR SOLUTION

02247437	INVANZ	FRS

MEROPENEM

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

500MG POUDRE POUR SOLUTION

02378787	MEROPENEM	SDZ
02218488	MERREM	AZC

1G POUDRE POUR SOLUTION

02378795	MEROPENEM	SDZ
02436507	MEROPENEM	RAX
02218496	MERREM	AZC

08:12.12 MACROLIDES

AZITHROMYCINE

250MG COMPRIMÉ

02255340	ACT AZITHROMYCIN	ACG
02247423	APO-AZITHROMYCIN	APX
02415542	APO-AZITHROMYCIN	APX
02330881	AZITHROMYCIN	SAN
02442434	AZITHROMYCIN	SIV
02278499	DOM-AZITHROMYCIN	DPC
02274531	GD-AZITHROMYCIN	PFI
02452308	JAMP-AZITHROMYCIN	JMP
02452324	MAR-AZITHROMYCIN	MAR

08:12.12 MACROLIDES

AZITHROMYCINE

250MG COMPRIMÉ

02261634	PMS-AZITHROMYCIN	PMS
02310600	PRO-AZITHROMYCINE	PDL
02275309	RIVA-AZITHROMYCIN	RIV
02265826	SANDOZ AZITHROMYCIN	SDZ
02267845	TEVA-AZITHROMYCIN	TEV
02212021	ZITHROMAX	PFI

600MG COMPRIMÉ

02256088	ACT AZITHROMYCIN	ACG
02261642	PMS-AZITHROMYCIN	PMS
02231143	ZITHROMAX	PFI

20MG/ML POUDRE POUR SUSPENSION

02274566	GD-AZITHROMYCIN	PFI
02418452	PMS-AZITHROMYCIN	PMS
02332388	SANDOZ AZITHROMYCIN	SDZ
02223716	ZITHROMAX	PFI

40MG/ML POUDRE POUR SUSPENSION

02274574	GD-AZITHROMYCIN	PFI
02418460	PMS-AZITHROMYCIN	PMS
02332396	SANDOZ AZITHROMYCIN	SDZ
02223724	ZITHROMAX	PFI

CLARITHROMYCINE

250MG COMPRIMÉ

02274744	APO-CLARITHROMYCIN	APX
01984853	BIAXIN	BGP
02324482	CLARITHROMYCIN	PDL
02442469	CLARITHROMYCIN	SIV
02466120	CLARITHROMYCIN	SAN
02247573	PMS-CLARITHROMYCIN	PMS
02361426	RAN-CLARITHROMYCIN	RBY
02266539	SANDOZ CLARITHROMYCIN	SDZ
02248804	TEVA-CLARITHROMYCIN	TEV

500MG COMPRIMÉ

02274752	APO-CLARITHROMYCIN	APX
02126710	BIAXIN	BGP
02324490	CLARITHROMYCIN	PDL
02442485	CLARITHROMYCIN	SIV
02351005	DOM-CLARITHROMYCIN	DPC
02247574	PMS-CLARITHROMYCIN	PMS
02361434	RAN-CLARITHROMYCIN	RBY
02346532	RIVA-CLARITHROMYCIN	RIV
02266547	SANDOZ CLARITHROMYCIN	SDZ
02248805	TEVA-CLARITHROMYCIN	TEV

500MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02403196	ACT CLARITHROMYCIN XL	ACG
02413345	APO-CLARITHROMYCIN XL	APX
02244756	BIAXIN XL	BGP

25MG/ML GRANULES POUR SUSPENSION

02146908	BIAXIN	BGP
02408988	CLARITHROMYCIN	SAN
02390442	TARO-CLARITHROMYCIN	TAR

50MG/ML GRANULES POUR SUSPENSION

02244641	BIAXIN	BGP
02408996	CLARITHROMYCIN	SAN

08:12.12 MACROLIDES

CLARITHROMYCINE

50MG/ML GRANULES POUR SUSPENSION

02390450	TARO-CLARITHROMYCIN	TAR

ÉRYTHROMYCINE

250MG CAPSULE (ENTÉROSOLUBLE)

00607142	ERYC	PFI

333MG CAPSULE (ENTÉROSOLUBLE)

00873454	ERYC	PFI

250MG COMPRIMÉ

00682020	ERYTHRO BASE	AAP

ÉRYTHROMYCINE (ESTOLATE D')

50MG/ML SUSPENSION

00262595	NOVO-RYTHRO ESTOLATE	TEV

ÉRYTHROMYCINE (ÉTHYLSUCCINATE D')

600MG COMPRIMÉ

00637416	ERYTHRO-ES	AAP

ÉRYTHROMYCINE (STÉARATE D')

250MG COMPRIMÉ

00545678	ERYTHRO-S	AAP

500MG COMPRIMÉ

00688568	ERYTHRO-S	AAP

08:12.16 PÉNICILLINES

AMOXICILLINE

250MG CAPSULE

02352710	AMOXICILLIN	SAN
02401495	AMOXICILLIN	SIV
00628115	APO-AMOXI	APX
02388073	AURO-AMOXICILLIN	AUR
02433060	JAMP-AMOXICILLIN	JMP
02238171	MYLAN-AMOXICILLIN	MYL
00406724	NOVAMOXIN	TEV
02230243	PMS-AMOXICILLIN	PMS

500MG CAPSULE

02352729	AMOXICILLIN	SAN
02401509	AMOXICILLIN	SIV
00628123	APO-AMOXI	APX
02388081	AURO-AMOXICILLIN	AUR
02433079	JAMP-AMOXICILLIN	JMP
02238172	MYLAN-AMOXICILLIN	MYL
00406716	NOVAMOXIN	TEV
02230244	PMS-AMOXICILLIN	PMS
00644315	PRO AMOX	PDL

125MG COMPRIMÉ (CROQUABLE)

02036347	NOVAMOXIN	TEV

250MG COMPRIMÉ (CROQUABLE)

02036355	NOVAMOXIN	TEV

25MG/ML GRANULES POUR SUSPENSION

00452149	NOVAMOXIN	TEV
01934171	NOVAMOXIN	TEV

50MG/ML GRANULES POUR SUSPENSION

02352753	AMOXICILLIN	SAN
02401541	AMOXICILLIN	SIV
02352788	AMOXICILLIN (SUGAR REDUCED)	SAN

08:12.16 PÉNICILLINES

AMOXICILLINE

50MG/ML GRANULES POUR SUSPENSION

00452130	NOVAMOXIN	TEV
01934163	NOVAMOXIN	TEV

25MG/ML POUDRE POUR SUSPENSION

00628131	APO-AMOXI	APX
02230245	PMS-AMOXICILLIN	PMS

50MG/ML POUDRE POUR SUSPENSION

00628158	APO-AMOXI	APX
02230880	APO-AMOXI SUGAR FREE	APX
02230246	PMS-AMOXICILLIN	PMS
00644331	PRO-AMOX	PDL

AMOXICILLINE, CLAVULANIC (ACIDE)

250MG & 125MG COMPRIMÉ

02243350	APO-AMOXI CLAV	APX

500MG & 125MG COMPRIMÉ

02243351	APO-AMOXI CLAV	APX
01916858	CLAVULIN 500 F	GSK
02243771	RATIO-ACLAVULANATE	TEV

875MG & 125MG COMPRIMÉ

02326523	AMOXI-CLAV	PDL
02245623	APO-AMOXI CLAV	APX
02238829	CLAVULIN 875	GSK
02247021	RATIO-ACLAVULANATE	TEV

25MG & 6.25MG/ML POUDRE POUR SUSPENSION

02243986	APO-AMOXI CLAV	APX
01916882	CLAVULIN 125 F	GSK
02244646	RATIO-ACLAVULANATE	TEV

40MG & 5.7MG/ML POUDRE POUR SUSPENSION

02288559	APO-AMOXI CLAV	APX
02238831	CLAVULIN 200	GSK

50MG & 12.5MG/ML POUDRE POUR SUSPENSION

02243987	APO-AMOXI CLAV	APX
01916874	CLAVULIN 250 F	GSK

80MG & 11.4MG/ML POUDRE POUR SUSPENSION

02238830	CLAVULIN 400	GSK

AMPICILLINE

250MG CAPSULE

00020877	TEVA-AMPICILLIN	TEV

500MG CAPSULE

00020885	TEVA-AMPICILLIN	TEV

50MG/ML LIQUIDE

00603287	APO AMPI	APX

1G POUDRE POUR SOLUTION

01933345	AMPICILLIN SODIUM	TEV

2G POUDRE POUR SOLUTION

02226995	AMPICILLIN	FKD
01933353	AMPICILLIN SODIUM	TEV

PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES

99506005	AMPICILLINE INFUSION STERILE	UNK

CLOXACILLINE SODIQUE

250MG CAPSULE

00337765	TEVA-CLOXACILLIN	TEV

08:12.16 PÉNICILLINES

CLOXACILLINE SODIQUE

500MG CAPSULE

00337773	TEVA-CLOXACILLIN	TEV

25MG/ML GRANULES POUR SOLUTION

00337757	TEVA-CLOXACILLIN	TEV

PENICILLIN G POTASSIUM

1MU INJECTION

00773727	NOVO-PENICILLIN G POTASSIUM	NOP

PENICILLINE G BENZATHINE

600,000U/ML SUSPENSION

02291924	BICILLIN	PFI

PENICILLINE G SODIQUE

1MU POUDRE POUR SOLUTION

01930672	PENICILLIN G	TEV

5MU POUDRE POUR SOLUTION

00883751	PENICILLIN G	TEV

10MU POUDRE POUR SOLUTION

01930680	PENICILLIN G	TEV
02220296	PENICILLIN G	FKD

1000000U POUDRE POUR SOLUTION

02220261	PENICILLIN G SODIUM	FKD

5000000U POUDRE POUR SOLUTION

02060094	CRYSTAPEN	MYL
02220288	PENICILLIN G SODIUM	FKD

PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES

99506003	PENICILLINE G SODIQUE INFUSION STERILE	UNK

PÉNICILLINE V POTASSIQUE

300MG COMPRIMÉ

00642215	PEN-VK	AAP

25MG/ML POUDRE POUR SOLUTION

00642223	APO PEN VK	APX

60MG/ML POUDRE POUR SOLUTION

00642231	APO PEN VK	APX

PIPERACILLIN, TAZOBACTAM

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

2G & 0.25G POUDRE POUR SOLUTION

02299623	PIPERACILLIN SODIUM/TAZOBACTAM SODIUM	SDZ
02370158	PIPERACILLIN SODIUM/TAZOBACTAM SODIUM	TEV

3G & 0.375G POUDRE POUR SOLUTION

02299631	PIPERACILLIN SODIUM/TAZOBACTAM SODIUM	SDZ
02308452	PIPERACILLIN SODIUM/TAZOBACTAM SODIUM	APX
02362627	PIPERACILLIN SODIUM/TAZOBACTAM SODIUM	RAX
02370166	PIPERACILLIN SODIUM/TAZOBACTAM SODIUM	TEV

4G & 0.5G POUDRE POUR SOLUTION

02299658	PIPERACILLIN SODIUM/TAZOBACTAM SODIUM	SDZ

08:12.16 PÉNICILLINES

PIPERACILLIN, TAZOBACTAM

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

4G & 0.5G POUDRE POUR SOLUTION

02308460	PIPERACILLIN SODIUM/TAZOBACTAM SODIUM	APX
02362635	PIPERACILLIN SODIUM/TAZOBACTAM SODIUM	RAX
02370174	PIPERACILLIN SODIUM/TAZOBACTAM SODIUM	TEV

12G & 1.5G POUDRE POUR SOLUTION

02330547	PIPERACILLIN SODIUM/TAZOBACTAM SODIUM	SDZ
02377748	PIPERACILLIN SODIUM/TAZOBACTAM SODIUM	RAX

36G & 4.5G POUDRE POUR SOLUTION

02439131	PIPERACILLIN SODIUM/TAZOBACTAM SODIUM	RAX

08:12.18 QUINOLONES

CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE)

250MG COMPRIMÉ

02247339	ACT CIPROFLOXACIN	TEV
02229521	APO-CIPROFLOX	APX
02381907	AURO-CIPROFLOXACIN	AUR
02155958	CIPRO	BAY
02353318	CIPROFLOXACIN	SAN
02386119	CIPROFLOXACIN	SIV
02380358	JAMP-CIPROFLOXACIN	JMP
02379686	MAR-CIPROFLOXACIN	MAR
02423553	MINT-CIPROFLOX	MIN
02317427	MINT-CIPROFLOXACIN	MIN
02245647	MYLAN-CIPROFLOXACIN	MYL
02248437	PMS-CIPROFLOXACIN	PMS
02317796	PRO-CIPROFLOXACIN	PDL
02303728	RAN-CIPROFLOX	RBY
02246825	RATIO-CIPROFLOXACIN	TEV
02251221	RIVA-CIPROFLOXACIN	RIV
02248756	SANDOZ CIPROFLOXACIN	SDZ
02379627	SEPTA-CIPROFLOXACIN	SPT
02266962	TARO-CIPROFLOXACIN	TAR
02161737	TEVA-CIPROFLOXACIN	TEV

500MG COMPRIMÉ

02247340	ACT CIPROFLOXACIN	TEV
02229522	APO-CIPROFLOX	APX
02381923	AURO-CIPROFLOXACIN	AUR
02444887	BIO-CIPROFLOXACIN	BMI
02155966	CIPRO	BAY
02353326	CIPROFLOXACIN	SAN
02386127	CIPROFLOXACIN	SIV
02251280	DOM-CIPROFLOXACIN	DPC
02380366	JAMP-CIPROFLOXACIN	JMP
02379694	MAR-CIPROFLOXACIN	MAR
02423561	MINT-CIPROFLOX	MIN
02317435	MINT-CIPROFLOXACIN	MIN
02245648	MYLAN-CIPROFLOXACIN	MYL
02248438	PMS-CIPROFLOXACIN	PMS
02317818	PRO-CIPROFLOXACIN	PDL

08:12.18 QUINOLONES

CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE)

500MG COMPRIMÉ

02303736	RAN-CIPROFLOX	RBY
02246826	RATIO-CIPROFLOXACIN	TEV
02251248	RIVA-CIPROFLOXACIN	RIV
02248757	SANDOZ CIPROFLOXACIN	SDZ
02379635	SEPTA-CIPROFLOXACIN	SPT
02266970	TARO-CIPROFLOXACIN	TAR
02161745	TEVA-CIPROFLOXACIN	TEV

750MG COMPRIMÉ

02247341	ACT CIPROFLOXACIN	TEV
02229523	APO-CIPROFLOX	APX
02381931	AURO-CIPROFLOXACIN	AUR
02155974	CIPRO	BAY
02380374	JAMP-CIPROFLOXACIN	JMP
02379708	MAR-CIPROFLOXACIN	MAR
02423588	MINT-CIPROFLOX	MIN
02317443	MINT-CIPROFLOXACIN	MIN
02248439	PMS-CIPROFLOXACIN	PMS
02303744	RAN-CIPROFLOX	RBY
02246827	RATIO-CIPROFLOXACIN	TEV
02251256	RIVA-CIPROFLOXACIN	RIV
02248758	SANDOZ CIPROFLOXACIN	SDZ
02379643	SEPTA-CIPROFLOXACIN	SPT
02161753	TEVA-CIPROFLOXACIN	TEV

100MG/ML SUSPENSION

02237514	CIPRO	BAY

LEVOFLOXACINE HÉMIHYDRATÉ

Médicament à usage restreint (autorisation préalable non nécessaire).

La couverture sera limitée à 14 tablettes pour 14 jours avec une période de non couverture pour les 14 jours suivants.

250MG COMPRIMÉ

02315424	ACT LEVOFLOXACIN	TEV
02284707	APO-LEVOFLOXACIN	APX
02284677	PMS-LEVOFLOXACIN	PMS
02298635	SANDOZ LEVOFLOXACIN	SDZ
02248262	TEVA-LEVOFLOXACIN	TEV

500MG COMPRIMÉ

02315432	ACT LEVOFLOXACIN	TEV
02284715	APO-LEVOFLOXACIN	APX
02415879	LEVOFLOXACIN	PDL
02284685	PMS-LEVOFLOXACIN	PMS
02298643	SANDOZ LEVOFLOXACIN	SDZ
02248263	TEVA-LEVOFLOXACIN	TEV

750MG COMPRIMÉ

02315440	ACT LEVOFLOXACIN	TEV
02325942	APO-LEVOFLOXACIN	APX
02305585	PMS-LEVOFLOXACIN	PMS
02298651	SANDOZ LEVOFLOXACIN	SDZ
02285649	TEVA-LEVOFLOXACIN	TEV

08:12.18 QUINOLONES

MOXIFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable non nécessaire).

La couverture sera limitée à 14 tablettes pour 14 jours avec une période de non couverture pour les 14 jours suivants.

400MG COMPRIMÉ

02404923	APO-MOXIFLOXACIN	APX
02432242	AURO-MOXIFLOXACIN	AUR
02242965	AVELOX	BAY
02447266	BIO-MOXIFLOXACIN	BMI
02443929	JAMP-MOXIFLOXACIN	JMP
02447061	JAMP-MOXIFLOXACIN	JMP
02447053	MAR-MOXIFLOXACIN	MAR
02457814	MED-MOXIFLOXACIN	GMP
02462974	MOXIFLOXACIN	PDL
02450976	RIVA-MOXIFLOXACIN	RIV
02383381	SANDOZ MOXIFLOXACIN	SDZ
02375702	TEVA-MOXIFLOXACIN	TEV

NORFLOXACINE

400MG COMPRIMÉ

02269627	CO NORFLOXACIN	OBT
02229524	NORFLOXACIN	AAP
02237682	TEVA-NORFLOXACIN	TEV

08:12.20 SULFONAMIDES

SULFAMÉTHOXAZOLE

500MG COMPRIMÉ

00421480	APO SULFAMETHOXAZOLE	APX

SULFAMÉTHOXAZOLE, TRIMÉTHOPRIME

100MG & 20MG COMPRIMÉ

00445266	APO SULFATRIM PEDIATRIC	APX

400MG & 80MG COMPRIMÉ

00445274	APO SULFATRIM	APX
00510637	TEVA-TRIMEL	TEV

800MG & 160MG COMPRIMÉ

00445282	APO SULFATRIM DS	APX
00512524	PROTRIN DF	PDL
00510645	TEVA-TRIMEL DS	TEV

40MG & 8MG/ML SUSPENSION

00726540	TEVA-TRIMEL	TEV

SULFASALAZINE

500MG COMPRIMÉ

00598461	PMS-SULFASALAZINE	PMS
02064480	SALAZOPYRIN	PFI

500MG COMPRIMÉ (ENTÉROSOLUBLE)

00598488	PMS-SULFASALAZINE	PMS
02064472	SALAZOPYRIN EN	PFI

08:12.24 TÉTRACYCLINES

DOXYCYCLINE (HYCLATE)

100MG CAPSULE

00740713	APO-DOXY	APX
00817120	DOXYCIN	RIV
02351234	DOXYCYCLINE	SAN

08:12.24 TÉTRACYCLINES

DOXYCYCLINE (HYCLATE)

100MG CAPSULE

00725250	TEVA-DOXYCYCLINE	TEV

100MG COMPRIMÉ

00874256	APO-DOXY	APX
00860751	DOXYCIN	RIV
02351242	DOXYCYCLINE	SAN
00887064	DOXYTAB	PDL
02158574	TEVA-DOXYCYCLINE	TEV

MINOCYCLINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les patients qui ne tolèrent pas d'autres tétracyclines ou doxycycline.
Pour les patients souffrant d'une acné grave généralisée réfractaire à la tétracycline ou doxycycline.

50MG CAPSULE

02084090	APO-MINOCYCLINE	APX
02239667	DOM-MINOCYCLINE	DPC
02153394	MINOCYCLINE	PDL
02287226	MINOCYCLINE	SAN
02230735	MYLAN-MINOCYCLINE	MYL
02294419	PMS-MINOCYCLINE	PMS
02237313	SANDOZ MINOCYCLINE	SDZ
02108143	TEVA-MINOCYCLINE	TEV

100MG CAPSULE

02084104	APO-MINOCYCLINE	APX
02239668	DOM-MINOCYCLINE	DPC
02154366	MINOCYCLINE	PDL
02239982	MINOCYCLINE	IVX
02287234	MINOCYCLINE	SAN
02230736	MYLAN-MINOCYCLINE	MYL
02294427	PMS-MINOCYCLINE	PMS
02237314	SANDOZ MINOCYCLINE	SDZ
02108151	TEVA-MINOCYCLINE	TEV

TETRACYCLINE (CHLORHYDRATE DE)

250MG CAPSULE

00580929	TETRACYCLINE	AAP

08:12.28 AUTRES ANTIBIOTIQUES

CLINDAMYCINE (CHLORHYDRATE DE PALMITATE DE)

15MG/ML POUDRE POUR SOLUTION

00225851	DALACIN C	PFI

CLINDAMYCINE (CHLORHYDRATE DE)

150MG CAPSULE

02245232	APO-CLINDAMYCIN	APX
02436906	AURO-CLINDAMYCIN	AUR
02400529	CLINDAMYCIN	SAN
02248525	CLINDAMYCINE	PDL
00030570	DALACIN C	PFI
02258331	MYLAN-CLINDAMYCIN	MYL
02241709	TEVA-CLINDAMYCIN	TEV

300MG CAPSULE

02245233	APO-CLINDAMYCIN	APX

08:12.28 AUTRES ANTIBIOTIQUES

CLINDAMYCINE (CHLORHYDRATE DE)

300MG CAPSULE

02436914	AURO-CLINDAMYCIN	AUR
02400537	CLINDAMYCIN	SAN
02248526	CLINDAMYCINE	PDL
02182866	DALACIN C	PFI
02258358	MYLAN-CLINDAMYCIN	MYL
02241710	TEVA-CLINDAMYCIN	TEV

PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES

99506008	CLINDAMYCINE INFUSION STERILE	UNK

CLINDAMYCINE (PHOSPHATE DE)

150MG/ML INJECTION

02139286	CLINDAMYCIN	FKD
02230535	CLINDAMYCIN	SDZ
02230540	CLINDAMYCIN	SDZ
02385716	CLINDAMYCIN	SDZ
00260436	DALACIN C PHOSPHATE	PFI
02215683	NOVO-CLINDAMYCIN	NOP

LINÉZOLIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Comprimés:
Pour le traitement d'infections confirmées à entérocoques résistants à la vancomycine (ERV).
Pour le traitement d'infections confirmées à Staphylococcus aureus résistants à la méthicilline (SARM) chez les patients qui ne tolèrent pas la vancomycine.

Solution Intraveineuse:
Sera fournie lorsque le linézolide ne peut pas être administré par la bouche dans les situations précitées

600MG COMPRIMÉ

02426552	APO-LINEZOLID	APX
02422689	SANDOZ LINEZOLID	SDZ
02243684	ZYVOXAM	PFI

2MG/ML SOLUTION

02402637	LINEZOLID	TEV
02243685	ZYVOXAM	PFI

RIFAXIMINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour la prévention des rechutes d'épisodes avérés d'encéphalopathie hépatique (EH) chez les patients:
• Qui sont incapables d'avoir un contrôle suffisant des récurrences d'EH après avoir pris uniquement le lactulose à une dose maximale tolérée; ET
• Lorsque rifaximin est associé à la prise de lactulose à une dose maximale tolérée.

[NF] 550MG COMPRIMÉ

02410702	ZAXINE	SLX

VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE (INJECTION)

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

500MG POUDRE POUR SOLUTION

02420295	JAMP-VANCOMYCIN	JMP

08:12.28 AUTRES ANTIBIOTIQUES

VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE (INJECTION)

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

500MG POUDRE POUR SOLUTION

02406535	MYLAN-VANCOMYCIN	MYL
02139375	VANCOMYCIN	FKD
02230191	VANCOMYCIN	PFI
02394626	VANCOMYCIN	SDZ
02407914	VANCOMYCIN	MYL
02411032	VANCOMYCIN	RAX
02435713	VANCOMYCIN	GMP
02342855	VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE	RAX

1,000MG POUDRE POUR SOLUTION

02230192	VANCOMYCIN	PFI
02396386	VANCOMYCIN	RAX
02435721	VANCOMYCIN	GMP

1G POUDRE POUR SOLUTION

02420309	JAMP-VANCOMYCIN	JMP
02406543	MYLAN-VANCOMYCIN	MYL
02241821	PMS-VANCOMYCIN 1 G	PMS
02139383	VANCOMYCIN	FKD
02394634	VANCOMYCIN	SDZ
02407922	VANCOMYCIN	MYL
02342863	VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE	RAX

5G POUDRE POUR SOLUTION

02420317	JAMP-VANCOMYCIN	JMP
02406551	MYLAN-VANCOMYCIN	MYL
02139243	VANCOMYCIN	FKD
02378337	VANCOMYCIN	PFI
02394642	VANCOMYCIN	SDZ
02407930	VANCOMYCIN	MYL

10G POUDRE POUR SOLUTION

02420325	JAMP-VANCOMYCIN	JMP
02406578	MYLAN-VANCOMYCIN	MYL
02241807	VANCOMYCIN	FKD
02378345	VANCOMYCIN	PFI
02394650	VANCOMYCIN	SDZ
02407949	VANCOMYCIN	MYL
02411040	VANCOMYCIN	RAX
02405830	VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE	RAX

VANCOMYCINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement chez les patients qui ont reçu un diagnostic d'infection au Clostridium difficile avec symptômes et qui:
• sont allergiques, résistants ou intolérants au métronidazole; OU
• n'ont pas répondu à un traitement oral de 4 à 6 jours de métronidazole 500 mg, trois fois par jour; OU
• souffre de maladie grave a et dont les doses de départ sont prescrites ou recommandées par un infectiologue ou un gastro-entérologue.

125MG CAPSULE

02407744	JAMP-VANCOMYCIN	JMP
02430185	PMS-VANCOMYCIN	PMS
00800430	VANCOCIN	MRL
02377470	VANCOMYCIN	FKD

08:12.28 AUTRES ANTIBIOTIQUES

VANCOMYCINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement chez les patients qui ont reçu un diagnostic d'infection au Clostridium difficile avec symptômes et qui:
• sont allergiques, résistants ou intolérants au métronidazole; OU
• n'ont pas répondu à un traitement oral de 4 à 6 jours de métronidazole 500 mg, trois fois par jour; OU
• souffre de maladie grave a et dont les doses de départ sont prescrites ou recommandées par un infectiologue ou un gastro-entérologue.

125MG CAPSULE

02380544	VANCOMYCINE	UNK

250MG CAPSULE

02407752	JAMP-VANCOMYCIN	JMP
00788716	VANCOCIN	MRL
02377489	VANCOMYCIN	FKD
02380552	VANCOMYCINE	UNK

08:14.04 ALLYLAMINES

TERBINAFINE (CHLORHYDRATE DE)

250MG COMPRIMÉ

02254727	ACT TERBINAFINE	ACG
02239893	APO-TERBINAFINE	APX
02320134	AURO-TERBINAFINE	AUR
02299275	DOM-TERBINAFINE	DPC
02357070	JAMP-TERBINAFINE	JMP
02031116	LAMISIL	NVR
02240807	PMS-TERBINAFINE	PMS
02294273	PMS-TERBINAFINE	PMS
02262924	RIVA-TERBINAFINE	RIV
02242735	TERBINAFINE	PDL
02353121	TERBINAFINE	SAN
02385279	TERBINAFINE	SIV
02240346	TEVA-TERBINAFINE	TEV

08:14.08 AZOLES

FLUCONAZOLE

150MG CAPSULE

02241895	APO-FLUCONAZOLE	APX
02311690	CANESORAL	BAY
02323419	CO FLUCONAZOLE	OBT
02141442	DIFLUCAN	PFI
02432471	JAMP-FLUCONAZOLE	JMP
02428792	MAR-FLUCONAZOLE	MAR
02243645	NOVO-FLUCONAZOLE	NOP
02246620	PMS-FLUCONAZOLE	PMS
02282348	PMS-FLUCONAZOLE	PMS
02433702	PRIVA-FLUCONAZOLE	PHA
02255510	RIVA-FLUCONAZOLE	RIV

50MG COMPRIMÉ

02281260	ACT FLUCONAZOLE	ACG
02237370	APO-FLUCONAZOLE	APX
00891800	DIFLUCAN	PFI
02245292	MYLAN-FLUCONAZOLE	MYL
02245643	PMS-FLUCONAZOLE	PMS

08:14.08 AZOLES

FLUCONAZOLE

50MG COMPRIMÉ

02249294	TARO-FLUCONAZOLE	TAR
02236978	TEVA-FLUCONAZOLE	TEV

100MG COMPRIMÉ

02281279	ACT FLUCONAZOLE	ACG
02237371	APO-FLUCONAZOLE	APX
02246109	DOM-FLUCONAZOLE	DPC
02245293	MYLAN-FLUCONAZOLE	MYL
02245644	PMS-FLUCONAZOLE	PMS
02310686	PRO-FLUCONAZOLE	PDL
02249308	TARO-FLUCONAZOLE	TAR
02236979	TEVA-FLUCONAZOLE	TEV

10MG/ML POUDRE POUR SOLUTION

02024152	DIFLUCAN	PFI

ITRACONAZOLE

100MG CAPSULE

02462559	MINT-ITRACONAZOLE	MIN
02047454	SPORANOX	JSO

10MG/ML SOLUTION

02231347	SPORANOX	JSO

KÉTOCONAZOLE

200MG COMPRIMÉ

02237235	APO-KETOCONAZOLE	APX
02231061	TEVA-KETOCONAZOLE	TEV

VORICONAZOLE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'aspergillose invasive; OU
Pour le traitement de la candidémie invasive prouvée à la culture qui est documentée résistante au fluconazole.

50MG COMPRIMÉ

02409674	APO-VORICONAZOLE	APX
02399245	SANDOZ VORICONAZOLE	SDZ
02396866	TEVA-VORICONAZOLE	TEV
02256460	VFEND	PFI

200MG COMPRIMÉ

02409682	APO-VORICONAZOLE	APX
02399253	SANDOZ VORICONAZOLE	SDZ
02396874	TEVA-VORICONAZOLE	TEV
02256479	VFEND	PFI

08:14.28 POLYÈNES

NYSTATINE

100,000U/ML SUSPENSION

02125145	DOM-NYSTATIN	DPC
02433443	JAMP-NYSTATIN	JMP
00792667	PMS-NYSTATIN	PMS
02194201	RATIO-NYSTATIN	TEV

08:16.04 ANTITUBERCULEUX

ÉTHAMBUTOL (CHLORHYDRATE D')

100MG COMPRIMÉ

00247960	ETIBI	VAE

08:16.04 ANTITUBERCULEUX

ÉTHAMBUTOL (CHLORHYDRATE D')

400MG COMPRIMÉ

00247979	ETIBI	VAE

ISONIAZIDE

100MG COMPRIMÉ

00261270	ISOTAMINE	VAE
00577790	PDP-ISONIAZID	PED

300MG COMPRIMÉ

00272655	ISOTAMINE	VAE
00577804	PDP-ISONIAZID	PED

10MG/ML SOLUTION

00265500	ISOTAMINE	VAE
00577812	PDP-ISONIAZID	PED

PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES

99503031	ISONIAZID LIQUIDE ORALE	UNK

PYRAZINAMIDE

500MG COMPRIMÉ

00618810	PDP-PYRAZINAMIDE	PED
00283991	TEBRAZID	VAE

RIFABUTINE

150MG CAPSULE

02063786	MYCOBUTIN	PFI

RIFAMPINE

150MG CAPSULE

02091887	RIFADIN	SAC
00393444	ROFACT	VAE

300MG CAPSULE

02092808	RIFADIN	SAC
00343617	ROFACT	VAE

PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES

99503022	RIFAMPINE LIQUIDE ORALE	UNK

08:16.92 DIVERS ANTIMYCOBACTERIENS

DAPSONE

100MG COMPRIMÉ

02041510	DAPSONE	JAC

08:18.04 ADAMANTANES

AMANTADINE (CHLORHYDRATE D')

100MG CAPSULE

02130963	DOM-AMANTADINE	DPC
01990403	PMS-AMANTADINE	PED

10MG/ML SIROP

02022826	PMS-AMANTADINE	PED

08:18.08 ANTIRÉTROVIRAUX

ABACAVIR (SULFATE D'), LAMIVUDINE

600MG & 300MG COMPRIMÉ

02458381	PMS-ABACAVIR/LAMIVUDINE	PMS

ABACAVIR SULFATE

300MG COMPRIMÉ

02396769	APO-ABACAVIR	APX
02240357	ZIAGEN	VII

08:18.08 ANTIRÉTROVIRAUX

ABACAVIR SULFATE

20MG/ML SOLUTION

02240358	ZIAGEN	VII

ABACAVIR SULFATE, LAMIVUDINE

600MG & 300MG COMPRIMÉ

02399539	APO-ABACAVIR-LAMIVUDINE	APX
02454513	AURO-ABACAVIR/LAMIVUDINE	AUR
02269341	KIVEXA	VII
02450682	MYLAN-ABACAVIR/LAMIVUDINE	MYL
02416662	TEVA-ABACAVIR/LAMIVUDINE	TEV

ABACAVIR SULFATE, LAMIVUDINE, DOLUTEGRAVIR SODIUM

600MG & 300MG & 50MG COMPRIMÉ

02430932	TRIUMEQ	VII

ABACAVIR SULFATE, LAMIVUDINE, ZIDOVUDINE

300MG & 150MG & 300MG COMPRIMÉ

02416255	APO-ABACAVIR-LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE	APX
02244757	TRIZIVIR	VII

ATAZANAVIR (SULFATE DE)

150MG CAPSULE

02456877	MYLAN-ATAZANAVIR	MYL
02248610	REYATAZ	BMS
02443791	TEVA-ATAZANAVIR	TEV

200MG CAPSULE

02456885	MYLAN-ATAZANAVIR	MYL
02248611	REYATAZ	BMS
02443813	TEVA-ATAZANAVIR	TEV

300MG CAPSULE

02456893	MYLAN-ATAZANAVIR	MYL
02294176	REYATAZ	BMS
02443821	TEVA-ATAZANAVIR	TEV

DARUNAVIR (ETHANOLATE DE)

75MG COMPRIMÉ

02338432	PREZISTA	JSO

150MG COMPRIMÉ

02369753	PREZISTA	JSO

400MG COMPRIMÉ

02324016	PREZISTA	JSO

600MG COMPRIMÉ

02324024	PREZISTA	JSO

800MG COMPRIMÉ

02393050	PREZISTA	JSO

DARUNAVIR (ETHANOLATE DE), COBICISTAT

150MG & 800MG COMPRIMÉ

02426501	PREZCOBIX	JSO

DIDANOSINE

125MG CAPSULE (ENTÉROSOLUBLE)

02244596	VIDEX EC	BMS

200MG CAPSULE (ENTÉROSOLUBLE)

02244597	VIDEX EC	BMS

08:18.08 ANTIRÉTROVIRAUX

DIDANOSINE

250MG CAPSULE (ENTÉROSOLUBLE)

02244598	VIDEX EC	BMS

400MG CAPSULE (ENTÉROSOLUBLE)

02244599	VIDEX EC	BMS

DOLUTEGRAVIR SODIUM

50MG COMPRIMÉ

02414945	TIVICAY	VII

ÉFAVIRENZ

50MG CAPSULE

02239886	SUSTIVA	BMS

200MG CAPSULE

02239888	SUSTIVA	BMS

600MG COMPRIMÉ

02418428	AURO-EFAVIRENZ	AUR
02381524	MYLAN-EFAVIRENZ	MYL
02246045	SUSTIVA	BMS
02389762	TEVA-EFAVIRENZ	TEV

ÉFAVIRENZ, EMTRICITABINE, TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE)

600MG & 200MG & 300MG COMPRIMÉ

02300699	ATRIPLA	GIL
02461412	MYLAN-EFAVIRENZ/EMTRICITABINE/TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE	MYL
02393549	TEVA-EFAVIRENZ/EMTRICITABINE/TENOFOVIR	TEV

EMTRICITABINE, COBICISTAT, ELVITÉGRAVIR, TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE

200MG & 150MG & 150MG & 10MG COMPRIMÉ

02449498	GENVOYA	GIL

ÉTRAVIRINE

100MG COMPRIMÉ

02306778	INTELENCE	JSO

200MG COMPRIMÉ

02375931	INTELENCE	JSO

FOSAMPRÉNAVIR CALCIQUE

700MG COMPRIMÉ

02261545	TELZIR	VII

50MG/ML SUSPENSION

02261553	TELZIR	VII

LAMIVUDINE

100MG COMPRIMÉ

02393239	APO-LAMIVUDINE HBV	APX
02239193	HEPTOVIR	GSK

150MG COMPRIMÉ

02192683	3TC	VII
02369052	APO-LAMIVUDINE	APX

300MG COMPRIMÉ

02247825	3TC	VII
02369060	APO-LAMIVUDINE	APX

08:18.08 ANTIRÉTROVIRAUX

LAMIVUDINE

5MG SOLUTION

02239194	HEPTOVIR	GSK

10MG/ML SOLUTION

02192691	3TC	VII

LAMIVUDINE, ZIDOVUDINE

150MG & 300MG COMPRIMÉ

02375540	APO-LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE	APX
02414414	AURO-LAMIVUDINE/ZIDOVUDINE	AUR
02239213	COMBIVIR	VII
02387247	TEVA-LAMIVUDINE/ZIDOVUDINE	TEV

LOPINAVIR, RITONAVIR

100MG & 25MG COMPRIMÉ

02312301	KALETRA	ABV

200MG & 50MG COMPRIMÉ

02285533	KALETRA	ABV

80MG & 20MG/ML SOLUTION

02243644	KALETRA	ABV

MARAVIROC

150MG COMPRIMÉ

02299844	CELSENTRI	VII

300MG COMPRIMÉ

02299852	CELSENTRI	VII

NELFINAVIR (MÉSYLATE DE)

250MG COMPRIMÉ

02238617	VIRACEPT	PFI

625MG COMPRIMÉ

02248761	VIRACEPT	PFI

50MG/G POUDRE

02238618	VIRACEPT	PFI

NÉVIRAPINE

200MG COMPRIMÉ

02318601	AURO-NEVIRAPINE	APL
02387727	MYLAN-NEVIRAPINE	MYL
02405776	PMS-NEVIRAPINE	PMS
02352893	TEVA-NEVIRAPINE	TEV
02238748	VIRAMUNE	BOE

400MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02427931	APO-NEVIRAPINE XR	APX
02367289	VIRAMUNE XR	BOE

RALTEGRAVIR POTASSIUM

400MG COMPRIMÉ

02301881	ISENTRESS	FRS

RILPIVIRINE (CHLORHYDRATE DE)

25MG COMPRIMÉ

02370603	EDURANT	JSO

RITONAVIR

100MG COMPRIMÉ

02357593	NORVIR	ABV

80MG/ML SOLUTION

02229145	NORVIR	ABV

08:18.08 ANTIRÉTROVIRAUX

SAQUINAVIR (MÉSYLATE DE)

200MG CAPSULE

02216965	INVIRASE	HLR

500MG COMPRIMÉ

02279320	INVIRASE	HLR

STAVUDINE

15MG CAPSULE

02216086	ZERIT	BMS

20MG CAPSULE

02216094	ZERIT	BMS

30MG CAPSULE

02216108	ZERIT	BMS

40MG CAPSULE

02216116	ZERIT	BMS

TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients souffrant d'une infection à VIH-1 chez lesquels un traitement pour cette infection a échoué ou a provoqué des effets indésirables.
Pour le traitement des patients souffrant d'une hépatite B chronique, qui présentent une cirrhose confirmée par des analyses radiologiques et histologiques et un taux du VHB supérieur à 2 000 IU/mL.

245MG COMPRIMÉ

02247128	VIREAD	GIL

300MG COMPRIMÉ

02451980	APO-TENOFOVIR	APX
02460173	AURO-TENOFOVIR	AUR
02452634	MYLAN-TENOFOVIR DISOPROXIL	MYL
02403889	TEVA-TENOFOVIR	TEV

TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE), EMTRICITABINE

200MG & 300MG COMPRIMÉ

02274906	TRUVADA	GIL

300MG & 200MG COMPRIMÉ

02452006	APO-EMTRICITABINE-TENOFOVIR	APX
02443902	MYLAN-EMTRICITABINE/TENOFOVIR DISOPROXIL	MYL
02461110	PMS-EMTRICITABINE-TENOFOVIR	PMS
02399059	TEVA-EMTRICITABINE/TENOFOVIR	TEV

TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE), EMTRICITABINE, COBICISTAT, ELVITÉGRAVIR

150MG & 200MG & 150MG & 300MG COMPRIMÉ

02397137	STRIBILD	GIL

TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE), EMTRICITABINE, RILPIVIRINE (CHLORHYDRATE DE)

200MG & 25MG & 300MG COMPRIMÉ

02374129	COMPLERA	GIL

TIPRANAVIR

250MG CAPSULE

02273322	APTIVUS	BOE

08:18.08 ANTIRÉTROVIRAUX

ZIDOVUDINE

100MG CAPSULE

01946323	APO-ZIDOVUDINE	APX
01902660	RETROVIR	VII

10MG/ML SIROP

01902652	RETROVIR	VII

08:18.20 INTERFÉRONS

INTERFÉRON ALFA-2B

6,000,000IU/ML SOLUTION

02238674	INTRON A	FRS

10,000,000IU/ML SOLUTION

02238675	INTRON A	FRS

10,000,000IU/VIAL SOLUTION

02223406	INTRON A	FRS

15,000,000IU/ML SOLUTION

02240693	INTRON A	FRS

25,000,000IU/ML SOLUTION

02240694	INTRON A	FRS

50,000,000IU/ML SOLUTION

02240695	INTRON A	FRS

PEGINTERFÉRON ALFA-2A

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients avec l'hépatite B chronique donc la concentration de l'ADN VHB des patients est au-dessus de 2,000 IU/mL et qui ne souffrent pas de cirrhose décompensée et ce sur demande écrit d'un hépatologue ou d'un autre spécialiste dans le domaine.

180MCG/0.5ML SOLUTION

02248077	PEGASYS	HLR

PEGINTERFÉRON ALFA-2A, RIBAVIRINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'hépatite C chronique chez des patients n'ayant jamais reçu ces 2 produits et ce sur demande écrit d'un hépatologue ou d'un autre spécialiste dans le domaine.
• Pour les génotypes 1, 4 5 et 6, un approvisionnement initial de 24 semaines sera autorisé si la virémie du patient a diminué d'au moins deux logs ou que le virus de l'hépatite C (VHC) n'est pas détectable après 12 semaines (approvisionnement total de 48 semaines).
• Pour le génotype 2 ou 3, une couverture initiale d'au plus 24 semaines peut être autorisée. Les renouvellements ne seront pas couverts.

180MCG/0.5ML & 200MG KIT

02253429	PEGASYS RBV	HLR

180MCG/1ML & 200MG KIT

02253410	PEGASYS RBV	HLR

08:18.20 INTERFÉRONS

PEGINTERFÉRON ALFA-2B, RIBAVIRINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'hépatite C chronique chez des patients n'ayant jamais reçu ces 2 produits et ce sur demande écrit d'un hépatologue ou d'un autre spécialiste dans le domaine.
• Pour les génotypes 1, 4, 5 et 6, un approvisionnement initial de 24 semaines sera autorisé si la virémie du patient a diminué d'au moins deux logs ou que le virus de l'hépatite C (VHC) n'est pas détectable après 12 semaines (approvisionnement total de 48 semaines).
• Pour le génotype 2 ou 3, une couverture initiale d'au plus 24 semaines peut être autorisée. Les renouvellements ne seront pas couverts.

50MCG/0.5ML & 200MG KIT

02254573	PEGETRON TROUSSE	FRS

08:18.32 NUCLÉOSIDES ET NUCLÉOTIDES

ACYCLOVIR

200MG COMPRIMÉ

02207621	APO-ACYCLOVIR	APX
02242784	MYLAN-ACYCLOVIR	MYL
02078627	RATIO-ACYCLOVIR	TEV
02285959	TEVA-ACYCLOVIR	TEV

400MG COMPRIMÉ

02207648	APO-ACYCLOVIR	APX
02242463	MYLAN-ACYCLOVIR	MYL
02078635	RATIO-ACYCLOVIR	TEV
02285967	TEVA-ACYCLOVIR	TEV

800MG COMPRIMÉ

02207656	APO-ACYCLOVIR	APX
02242464	MYLAN-ACYCLOVIR	MYL
02078651	RATIO-ACYCLOVIR	TEV
02285975	TEVA-ACYCLOVIR	TEV

40MG/ML SUSPENSION

00886157	ZOVIRAX	GSK

ADÉFOVIR DIPIVOXIL

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement d'une infection à hépatite B chronique lorsque utilisé avec la lamivudine et chez les patients qui ont eu un échec à la lamivudine défini par une augmentation de l'AND du VHB de ≥ 1 log10 IU/mL au dessus du nadir, mesuré à deux différentes occasions dans une intervalle minimum de un mois et ce après les trois premiers mois de thérapie avec la lamivudine et quand un échec avec la lamivudine n'est pas relié à une piètre fidélité au traitement.

10MG COMPRIMÉ

02420333	APO-ADEFOVIR	APX
02247823	HEPSERA	GIL

08:18.32 NUCLÉOSIDES ET NUCLÉOTIDES

ENTECAVIR MONOHYDRATE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement d'une infection à hépatite B chronique chez les patients ayant un cirrhose documentée par des radiographies ou des données histologiques et par une concentration de DNA du VHB au dessus de 2000IU/mL.

0.5MG COMPRIMÉ

02396955	APO-ENTECAVIR	APX
02448777	AURO-ENTECAVIR	AUR
02282224	BARACLUDE	BMS
02430576	PMS-ENTECAVIR	PMS

FAMCICLOVIR

125MG COMPRIMÉ

02305682	ACT FAMCICLOVIR	ACG
02292025	APO-FAMCICLOVIR	APX
02324865	FAMCICLOVIR	PDL
02229110	FAMVIR	NVR
02278081	PMS-FAMCICLOVIR	PMS
02278634	SANDOZ FAMCICLOVIR	SDZ

250MG COMPRIMÉ

02305690	ACT FAMCICLOVIR	ACG
02292041	APO-FAMCICLOVIR	APX
02229129	FAMVIR	NVR
02278103	PMS-FAMCICLOVIR	PMS
02278642	SANDOZ FAMCICLOVIR	SDZ

500MG COMPRIMÉ

02305704	ACT FAMCICLOVIR	ACG
02292068	APO-FAMCICLOVIR	APX
02177102	FAMVIR	NVR
02278111	PMS-FAMCICLOVIR	PMS
02278650	SANDOZ FAMCICLOVIR	SDZ

GANCICLOVIR SODIQUE

500MG POUDRE POUR SOLUTION

02162695	CYTOVENE	HLR

VALACYCLOVIR (CHLORHYDRATE DE)

500MG COMPRIMÉ

02295822	APO-VALACYCLOVIR	APX
02405040	AURO-VALACYCLOVIR	AUR
02331748	CO VALACYCLOVIR	OBT
02307936	DOM-VALACYCLOVIR	DPC
02441454	JAMP-VALACYCLOVIR	JMP
02441586	MAR-VALACYCLOVIR	MAR
02351579	MYLAN-VALACYCLOVIR	MYL
02298457	PMS-VALACYCLOVIR	PMS
02441861	PRIVA-VALACYCLOVIR	PHA
02315173	PRO-VALACYCLOVIR	PDL
02316447	RIVA-VALACYCLOVIR	RIV
02347091	SANDOZ VALACYCLOVIR	SDZ
02357534	TEVA-VALACYCLOVIR	TEV
02442000	VALACYCLOVIR	SIV
02454645	VALACYCLOVIR	SAN
02219492	VALTREX	GSK

08:18.32 NUCLÉOSIDES ET NUCLÉOTIDES

VALGANCICLOVIR (CHLORHYDRATE DE)

450MG COMPRIMÉ

02393824	APO-VALGANCICLOVIR	APX
02435179	AURO-VALGANCICLOVIR	AUR
02413825	TEVA-VALGANCICLOVIR	TEV
02245777	VALCYTE	HLR

50MG POUDRE POUR SOLUTION

02306085	VALCYTE	HLR

08:18.40 ANTIVIRAUX VHC

DACLATASVIR

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les patients adultes présentant une infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) à tous les stages (F0-F4) qui satisfont à TOUS les critères suivants:
Traitement prescrit par un hépatologue, un gastro-entérologue ou un infectiologue (ou un autre prescripteur expérimenté dans le traitement de patients atteints d'hépatite C chronique); ET
Confirmation en laboratoire d'une hépatite C due à un virus de génotype 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou mixte; ET
Quantification de l'ARN du VHC en laboratoire au cours des 12 derniers mois;

Une reprise de traitement dans les situations d'échec au traitement ou de réinfection chez les patients qui ont déjà reçu un régime médicamenteux d'antiviraux à action directe sera considérée au cas par cas.

30MG COMPRIMÉ

02444747	DAKLINZA	BMS

60MG COMPRIMÉ

02444755	DAKLINZA	BMS

ELBASVIR, GRAZOPREVIR

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les patients adultes présentant une infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) à tous les stages (F0-F4) qui satisfont à TOUS les critères suivants:
Traitement prescrit par un hépatologue, un gastro-entérologue ou un infectiologue (ou un autre prescripteur expérimenté dans le traitement de patients atteints d'hépatite C chronique); ET
Confirmation en laboratoire d'une hépatite C due à un virus de génotype 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou mixte; ET
Quantification de l'ARN du VHC en laboratoire au cours des 12 derniers mois;

Une reprise de traitement dans les situations d'échec au traitement ou de réinfection chez les patients qui ont déjà reçu un régime médicamenteux d'antiviraux à action directe sera considérée au cas par cas.

50MG & 100MG COMPRIMÉ

02451131	ZEPATIER	FRS

08:18.40 ANTIVIRAUX VHC

OMBITASVIR, PARITAPREVIR, RITONAVIR, DASABUVIR

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'infection virale et chronique de l'hépatite C (VHC), génotype 1 chez les adultes ayant une fibrose du fois de grade égal ou supérieur à F2 (score de Metavir ou un équivalent).

Critères et Durée
Pour les patients traités auparavant ou non, de génotype 1b et sans cirrhose* - 12 semaines.
Pour les patients traités auparavant ou non, de génotype 1a et sans cirrhose* - 12 semaines en association avec RBV.
Pour les patients traités auparavant ou non, de génotype 1b et avec cirrhose* - 12 semaines en association avec RBV.
Pour les patients traités auparavant ou non (ayant eu une rechute et ayant eu une réponse partielle) de génotype 1a et avec cirrhose - 12 semaines en association avec RBV.
Pour les patients traités auparavant, de génotype 1, avec cirrhose et qui ont eu une réponse négative avec pegIFN et RBV - 24 semaines en association avec RBV.

*Holkira Pak avec ribavirin est recommandé chez les patients avec un sous-type inconnu du génotype 1 ou une infection de plusieurs sous-types du génotype.

Patients qui ne sont pas admissibles à la couverture sont:
Les patients qui sont actuellement traités avec un autre agent antiviral pour le VHC.
Les patients qui ont été traités auparavant avec une thérapie de Holkira Pak (Les demandes de renouvellement de traitement ne seront pas prises en considération).

250MG & 12.5MG & 75MG & 50MG COMPRIMÉ

02436027	HOLKIRA PAK	ABV

RIBAVIRINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'hépatite chronique.

200MG COMPRIMÉ

02439212	IBAVYR	PED

400MG COMPRIMÉ

02425890	IBAVYR	PED

600MG COMPRIMÉ

02425904	IBAVYR	PED

08:18.40 ANTIVIRAUX VHC

SOFOSBUVIR

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les patients adultes présentant une infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) à tous les stages (F0-F4) qui satisfont à TOUS les critères suivants:
Traitement prescrit par un hépatologue, un gastro-entérologue ou un infectiologue (ou un autre prescripteur expérimenté dans le traitement de patients atteints d'hépatite C chronique); ET
Confirmation en laboratoire d'une hépatite C due à un virus de génotype 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou mixte; ET
Quantification de l'ARN du VHC en laboratoire au cours des 12 derniers mois;

Une reprise de traitement dans les situations d'échec au traitement ou de réinfection chez les patients qui ont déjà reçu un régime médicamenteux d'antiviraux à action directe sera considérée au cas par cas.

400MG COMPRIMÉ

02418355	SOVALDI	GIL

SOFOSBUVIR, LÉDIPASVIR

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les patients adultes présentant une infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) à tous les stages (F0-F4) qui satisfont à TOUS les critères suivants:
Traitement prescrit par un hépatologue, un gastro-entérologue ou un infectiologue (ou un autre prescripteur expérimenté dans le traitement de patients atteints d'hépatite C chronique); ET
Confirmation en laboratoire d'une hépatite C due à un virus de génotype 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou mixte; ET
Quantification de l'ARN du VHC en laboratoire au cours des 12 derniers mois;

Une reprise de traitement dans les situations d'échec au traitement ou de réinfection chez les patients qui ont déjà reçu un régime médicamenteux d'antiviraux à action directe sera considérée au cas par cas.

400MG & 90MG COMPRIMÉ

02432226	HARVONI	GIL

08:18.40 ANTIVIRAUX VHC

SOFOSBUVIR, VELPATASVIR

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les patients adultes présentant une infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) à tous les stages (F0-F4) qui satisfont à TOUS les critères suivants:
Traitement prescrit par un hépatologue, un gastro-entérologue ou un infectiologue (ou un autre prescripteur expérimenté dans le traitement de patients atteints d'hépatite C chronique); ET
Confirmation en laboratoire d'une hépatite C due à un virus de génotype 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou mixte; ET
Quantification de l'ARN du VHC en laboratoire au cours des 12 derniers mois;

Une reprise de traitement dans les situations d'échec au traitement ou de réinfection chez les patients qui ont déjà reçu un régime médicamenteux d'antiviraux à action directe sera considérée au cas par cas.

400MG & 100MG COMPRIMÉ

02456370	EPCLUSA	GIL

SOFOSBUVIR, VELPATASVIR, VOXILAPREVIR

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les patients adultes souffrant d'une infection chronique de l'hépatite C et qui sont:
• Hépatite chronique à tous les stages (F0-F4); ET
• Niveaux détectables de l'ARN du VHC dans les douze derniers mois. Veuillez nous faire parvenir une copie du rapport.
ET
Traitement expérimenté ayant échoué à un traitement antérieur avec un régime VHC contenant:
• Inhibiteurs de NS5A: daclatasvir (Daklinza), elbasvir (faisant partie de Zepatier), lédipasvir (faisant partie de Harvoni), ombitasvir (faisant partie de Holkira Pak), velpatasvir (faisant partie de Epclusa) pour les génotypes 1, 2, 3, 4, 5 ou 6; OU
• sofosbuvir (Sovaldi) sans un inhibiteur de NS5A pour les génotypes 1, 2, 3 ou 4.

400MG & 100MG & 100MG COMPRIMÉ

02467542	VOSEVI	GIL

08:30.04 AMOEBICIDES

PAROMOMYCINE (SULFATE DE)

250MG CAPSULE

02078759	HUMATIN	ERF

08:30.08 ANTIPALUDIQUES

CHLOROQUINE (PHOSPHATE DE)

250MG COMPRIMÉ

00021261	TEVA-CHLOROQUINE	TEV

HYDROXYCHLOROQUINE (SULFATE D')

200MG COMPRIMÉ

02246691	APO-HYDROXYQUINE	APX
02424991	MINT-HYDROXYCHLOROQUINE	MIN
02252600	MYLAN-HYDROXYCHLOROQUINE	MYL
02017709	PLAQUENIL	SAC
02311011	PRO-HYDROXYQUINE	PDL

08:30.08 ANTIPALUDIQUES

PRIMAQUINE (PHOSPHATE DE)

26.3MG COMPRIMÉ

02017776	PRIMAQUINE	SAC

08:30.92 DIVERS ANTIPROTOZOAIRES

ATOVAQUONE

150MG/ML SUSPENSION

02217422	MEPRON	GSK

MÉTRONIDAZOLE

500MG CAPSULE

02248562	APO-METRONIDAZOLE	APX
01926853	FLAGYL	ODN
00783137	PMS-METRONIDAZOLE	PMS

250MG COMPRIMÉ

00545066	METRONIDAZOLE	AAP

PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES

99503012	METRONIDAZOLE LIQUIDE ORALE	UNK

08:36.00 ANTI-INFECTIEUX URINAIRES

FOSFOMYCINE TROMETHAMINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les femmes âgées de plus de 12 ans qui nécessitent un traitement pour:
• Une infection des voies urinaires avec des microorganismes qui sont résistants au traitement avec un antibiotique de première ligne; OU
• Une infection des voies urinaires durant la grossesse lorsque des antibiotiques de première ligne sont contre-indiqués.

3G/PK POUDRE

02240335	MONUROL	PAL

NITROFURANTOÏNE

50MG CAPSULE

02231015	TEVA-NITROFURANTOIN	TEV

100MG CAPSULE

02063662	MACROBID	ALL
02231016	TEVA-NITROFURANTOIN	TEV

50MG COMPRIMÉ

00319511	NITROFURANTOIN	AAP

100MG COMPRIMÉ

00312738	NITROFURANTOIN	AAP

PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES

99503004	NITROFURANTOINE LIQUIDE ORALE	UNK

TRIMÉTHOPRIME

100MG COMPRIMÉ

02243116	TRIMETHOPRIM	AAP

200MG COMPRIMÉ

02243117	TRIMETHOPRIM	AAP

PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES

99503017	TRIMÉTHOPRIME LIQUIDE ORALE	UNK

10:00 ANTINÉOPLASIQUES

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

ABIRATERONE (ACETATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critères pour une couverture initiale (l'approbation initiale est pour 12 mois)
Pour le traitement des patients atteints d'un cancer de la prostate métastatique résistant à la castration, qui sont asymptomatiques ou légèrement symptomatiques suivant un échec avec les anti-androgènes et qui n'ont pas reçu de la chimiothérapie. Les patients doivent aussi répondre aux critères suivants:
• Un traitement de prednisone est associé au traitement Zytiga; ET
• Patients a un statut de rendement ECOG de 0 ou 1.

Pour le traitement des patients atteints d'un cancer de la prostate métastatique résistant à la castration qui ont progressé malgré une chimiothérapie à base de docetaxel et qui répondent aux critères suivants:
• Un traitement de prednisone est associé au traitement Zytiga ET
• Le patient a un statut de rendement ECOG égal ou plus petit que 2; ET
• L'abiraterone n'est pas ajouté au traitement de l'enzalutamide (Xtandi); ET
• L'abiraterone n'a pas été utilisé avant une chimiothérapie à base de docetaxel.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 12 mois)
Pas d'évidence de progression de la maladie

250MG COMPRIMÉ

02371065	ZYTIGA	JSO

500MG COMPRIMÉ

02457113	ZYTIGA	JSO

AFATINIB DIMALEATE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients atteints d'un cancer du poumon à petites cellules (NSCLC) au stade avancé et qui répondent aux critères suivants:
• Afatinib est un traitement de première intention pour le patient; ET
• Le patient présente une mutation EGFR; ET
• Pour un adénocarcinome avancé du poumon ou devenu métastatique; ET
• Le patient présente un statut de rendement ECOG de 0 ou 1.

Critère d'évaluation aux 6 mois:
• Il n'y a pas de preuve objective de progression de la maladie.

L'utilisation d'afatinib empêche l'utilisation des autres inhibiteurs de l'EGFR comme thérapie ultérieure.

20MG COMPRIMÉ

02415666	GIOTRIF	BOE

30MG COMPRIMÉ

02415674	GIOTRIF	BOE

40MG COMPRIMÉ

02415682	GIOTRIF	BOE

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

ANASTROZOLE

1MG COMPRIMÉ

02351218	ACH-ANASTROZOLE	ACC
02394898	ACT ANASTROZOLE	ACG
02395649	ANASTROZOLE	PDL
02442736	ANASTROZOLE	SAN
02374420	APO-ANASTROZOLE	APX
02224135	ARIMIDEX	AZC
02392488	BIO-ANASTROZOLE	BMI
02339080	JAMP-ANASTROZOLE	JMP
02379562	MAR-ANASTROZOLE	MAR
02379104	MED-ANASTROZOLE	GMP
02393573	MINT-ANASTROZOLE	MIN
02417855	NAT-ANASTROZOLE	NPH
02320738	PMS-ANASTROZOLE	PMS
02328690	RAN-ANASTROZOLE	RBY
02392259	RIVA-ANASTROZOLE	RIV
02338467	SANDOZ ANASTROZOLE	SDZ
02365650	TARO-ANASTROZOLE	TAR
02313049	TEVA-ANASTROZOLE	TEV
02427818	VAN-ANASTROZOLE	VAN

AXITINIB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Les critères pour une couverture initiale de 12 mois sont:
En traitement de deuxième ligne pour les patients atteints de cancer avancé du poumon non à petites cellules qui ont déjà reçu un traitement de première ligne.

Les patients sont admissibles à recevoir everolimus ou axitinib seulement à titre de traitement de seconde ligne. Ces agents ne peuvent pas être utilisés de façon séquentielle excepté lors d'intolérance.

Le critère pour une couverture initiale de 12 mois est:
Il n'y a pas de preuve objective de progression de la maladie.

1MG COMPRIMÉ

02389630	INLYTA	PFI

5MG COMPRIMÉ

02389649	INLYTA	PFI

BICALUTAMIDE

50MG COMPRIMÉ

02325985	ACH-BICALUTAMIDE	ACC
02274337	ACT BICALUTAMIDE	ACG
02296063	APO-BICALUTAMIDE	APX
02382423	BICALUTAMIDE	SIV
02184478	CASODEX	AZC
02357216	JAMP-BICALUTAMIDE	JMP
02275589	PMS-BICALUTAMIDE	PMS
02311038	PRO-BICALUTAMIDE	PDL
02371324	RAN-BICALUTAMIDE	RBY
02276089	SANDOZ BICALUTAMIDE	SDZ
02270226	TEVA-BICALUTAMIDE	TEV
02428709	VAN-BICALUTAMIDE	VAN

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

BOSUTINIB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critères pour une couverture initiale (approbation pour 12 mois):
Le patient est atteint d'une leucémie myéloïde chronique à chromosome Philadelphie positif (LMC Ph+); ET
Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG* qui se situe entre 0 à 2;
ET
• Résistance/progression de la maladie documentée après au moins un traitement antérieur par voie orale avec un inhibiteur de la tyrosine kinase (TKI) (imatinib, dasatinib ou nilotinib);
OU
• Intolérance documentée à un traitement antérieur par voie orale avec un TKI (imatinib, dasatinib ou nilotinib), et un traitement subséquent par voie orale avec un autre TKI n'est pas approprié du point de vue clinique.

Critère pour un renouvellement de couverture (renouvellement pour 12 mois):
Confirmation du clinicien que le patient a présenté une réponse hématologique et/ou cytogénétique et devrait continuer de le faire, ET qu'il n'a subi aucun effet toxique inacceptable.

100MG COMPRIMÉ

02419149	BOSULIF	PFI

500MG COMPRIMÉ

02419157	BOSULIF	PFI

BUSÉRÉLINE (ACÉTATE DE)

6.3MG/IMPLANT IMPLANT

02228955	SUPREFACT DEPOT 2 MONTHS	SAC

9.45MG/IMPLANT IMPLANT

02240749	SUPREFACT DEPOT 3 MONTHS	SAC

1MG/ML SOLUTION

02225166	SUPREFACT	SAC
02225158	SUPREFACT (NASAL)	SAC

BUSULFAN

2MG COMPRIMÉ

00004618	MYLERAN	ASP

CAPÉCITABINE

150MG COMPRIMÉ

02426757	ACH-CAPECITABINE	ACC
02421917	SANDOZ CAPECITABINE	SDZ
02457490	TARO-CAPECITABINE	TAR
02400022	TEVA-CAPECITABINE	TEV
02238453	XELODA	HLR

500MG COMPRIMÉ

02426765	ACH-CAPECITABINE	ACC
02421925	SANDOZ CAPECITABINE	SDZ
02457504	TARO-CAPECITABINE	TAR
02400030	TEVA-CAPECITABINE	TEV
02238454	XELODA	HLR

CHLORAMBUCIL

2MG COMPRIMÉ

00004626	LEUKERAN	ASP

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

COBIMETINIB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critères pour une couverture initiale de six mois pour le cobimetinib (Cotellic):
En traitement de première ligne pour les patients souffrant de mélanomes métastatiques ou qui ont des mélanomes inopérables et en association avec le vemurafenib (Zelboraf).

ET pour les patients qui répondent aux critères suivants:
• Une mutation positive en BRAF V600 des mélanomes qui sont inopérables ou qui sont métastatiques a été documentée chez le patient; ET
• Le patient n'a pas de métastases au cerveau ou les métastases du cerveau sont asymptomatiques ou stables; ET
• Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG qui se situe entre 0 à 1.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 6 mois):
Il n'y a pas de preuve objective de progression de la maladie.

20MG COMPRIMÉ

02452340	COTELLIC	HLR

CRIZOTINIB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Les critères pour une couverture initiale de 12 mois sont:
En traitement de première ligne pour les patients atteints de cancer avancé du poumon non à petites cellules (NSCLC); OU
En traitement de deuxième ligne pour les patients atteints de cancer avancé du poumon non à petites cellules qui ont déjà reçu un traitement de chimiothérapie.*
ET
• Le patient a eu un résultat positif à un essai de la kinase (ALK) lymphome anaplastique, ET
• Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG* qui se situe entre 0 à 2;

*Les patients qui ont vu leurs conditions se détériorer durant ou suivant un traitement de première ligne avec le crizotinib, ne seront pas admissibles pour recevoir le crizotinib en deuxième ligne de traitement.

Le critère pour une couverture initiale de 12 mois est:
Le patient a eu une réponse hématologique et/ou cytologique au crizotinib et il est attendu que cette réponse du patient se poursuivre.

200MG CAPSULE

02384256	XALKORI	PFI

CYCLOPHOSPHAMIDE

25MG COMPRIMÉ

02241795	PROCYTOX	BAX

50MG COMPRIMÉ

02241796	PROCYTOX	BAX

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

DABRAFENIB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critères pour une couverture initiale de six mois pour le dabrafenib (Tafinlar):
• En traitement de première ligne et en monothérapie pour les patients souffrant de mélanomes métastatiques ou qui ont des mélanomes inopérables et en monothérapie; OU
• En traitement de première ligne pour les patients souffrant de mélanomes métastatiques ou qui ont des mélanomes inopérables et en association avec le trametinib (Mekinist).

ET pour les patients qui répondent aux critères suivants:
• Une mutation positive en BRAF V600 des mélanomes qui sont inopérables ou qui sont métastatiques a été documentée chez le patient; ET
• Le patient n'a pas de métastase au cerveau ou les métastases du cerveau sont asymptomatiques ou stables; ET
• Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG* qui se situe entre 0 à 1;
*ECOG = European Cooperative Oncology Group Status

ET
• Le patient n'a reçu aucun traitement au préalable.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 6 mois):
Il n'y a pas de preuve objective de progression de la maladie.

50MG CAPSULE

02409607	TAFINLAR	NVR

75MG CAPSULE

02409615	TAFINLAR	NVR

DEGARELIX (ACETATE DE)

80MG POUDRE POUR SOLUTION

02337029	FIRMAGON	FEI

120MG POUDRE POUR SOLUTION

02337037	FIRMAGON	FEI

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

ENZALUTAMIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients atteints d'un cancer de la prostate métastatique résistant à la castration et qui répondent aux critères suivants:
• Patients asymptomatiques ou légèrement symptomatiques suivant un échec avec les anti-androgènes; ET
• Patients qui n'ont pas reçu de chimiothérapie et qui présentent un statut de rendement ECOG de 0 ou 1 sans facteur de risque de convulsions; OU
• Patients ont progressé malgré une chimiothérapie à base de docetaxel et avec un statut de rendement ECOG égal ou plus petit que 2 et sans facteurs de risque de convulsions; ET
• L'enzalutamide serait une solution de rechange à l'abiraterone pour les patients après une chimiothérapie à base de docetaxel sans être une thérapie d'appoint au traitement avec l'abiraterone.

Les patients qui ont déjà été traités avec l'abiraterone ne seront pas admissibles à l'enzalutamide à moins d'une intolérance à l'abiraterone.

L'enzalutamide utilisé après une chimiothérapie à base de docetaxel ne sera pas couvert si l'enzalutamide a été utilisé avant toute cancérothérapie.

40MG CAPSULE

02407329	XTANDI	AST

ERLOTINIB (CHLORHYDRATE D')

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Traitement d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) après l'échec d'au moins une chimiothérapie et dont le statut EGFR est positif ou inconnu.

25MG COMPRIMÉ

02461862	APO-ERLOTINIB	APX
02269007	TARCEVA	HLR
02377691	TEVA-ERLOTINIB	TEV

100MG COMPRIMÉ

02461870	APO-ERLOTINIB	APX
02454386	PMS-ERLOTINIB	PMS
02269015	TARCEVA	HLR
02377705	TEVA-ERLOTINIB	TEV

150MG COMPRIMÉ

02461889	APO-ERLOTINIB	APX
02454394	PMS-ERLOTINIB	PMS
02269023	TARCEVA	HLR
02377713	TEVA-ERLOTINIB	TEV

ÉTOPOSIDE

50MG CAPSULE

00616192	VEPESID	BMS

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

EVEROLIMUS

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de:
• Un cancer du sein au stade avancé en accord avec les critères établis.
• Un néphrocarcinome avec métastases ou à un stade avancé en accord avec les critères établis.
• Les tumeurs neuroendocrines pancréatiques (TNEp) bien ou modérément différenciées, non résécables, en progression et localement avancées ou métastatiques en accord avec les critères établis.
• Les tumeurs neuroendocrines (TNE) non fonctionnelles du tube digestif ou du poumon en accord avec les critères établis.

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

2.5MG COMPRIMÉ

02369257	AFINITOR	NVR

5MG COMPRIMÉ

02339501	AFINITOR	NVR

7.5MG COMPRIMÉ

02450267	AFINITOR	NVR

10MG COMPRIMÉ

02339528	AFINITOR	NVR

2MG TABLET FOR SUSPENSION

02425645	AFINITOR DISPERZ	NVR

3MG TABLET FOR SUSPENSION

02425653	AFINITOR DISPERZ	NVR

5MG TABLET FOR SUSPENSION

02425661	AFINITOR DISPERZ	NVR

EXÉMESTANE

25MG COMPRIMÉ

02390183	ACT EXEMESTANE	ACG
02419726	APO-EXEMESTANE	APX
02242705	AROMASIN	PFI
02407841	MED-EXEMESTANE	GMP
02408473	TEVA-EXEMESTANE	TEV

FLUDARABINE (PHOSPAHTE DE)

10MG COMPRIMÉ

02246226	FLUDARA	SAC

FLUTAMIDE

250MG COMPRIMÉ

02238560	APO-FLUTAMIDE	APX
02230104	PMS-FLUTAMIDE	PMS
02230089	TEVA-FLUTAMIDE	TEV

HYDROXYURÉE

500MG CAPSULE

02247937	APO-HYDROXYUREA	APX
00465283	HYDREA	BMS
02242920	MYLAN-HYDROXYUREA	MYL

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

IBRUTINIB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de:
• Première intention des patients atteints d'une leucémie lymphoïde chronique (LLC)/d'un lymphome à petits lymphocytes (LPL) qui n'ont reçu aucun traitement en accord avec les critères établis.
• Deuxième intention des patients atteints d'une leucémie lymphoïde chronique (LLC)/d'un lymphome à petits lymphocytes (LPL) en accord avec les critères établis.
• Lymphome à cellules du manteau (LCM) lorsque la maladie récidive ou n'a pas répondu au traitement en accord avec les critères établis.

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

140MG CAPSULE

02434407	IMBRUVICA	JSO

IDELALISIB

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critère pour une couverture initiale de six mois:
• Pour le traitement des patients atteints de récidive de la leucémie lymphoïde chronique (LLC) en association avec le rituximab. Le traitement doit se poursuive jusqu'à ce qu'il y ait une progression de la maladie ou une toxicité du médicament inacceptable.

Critère d'évaluation aux 6 mois:
• Pas d'évidence de progression de la maladie.

100MG COMPRIMÉ

02438798	ZYDELIG	GIL

150MG COMPRIMÉ

02438801	ZYDELIG	GIL

IMATINIB (MÉSYLATE D')

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

• Pour les patients atteints de leucémie myéloïde chronique (LMC) qui présentent une concentration critique de cellules blastiques ou, encore, qui sont en phase d'accélération ou en phase chronique.
• Pour le traitement de patients souffrant d'une tumeur gastro-intestinale au niveau du stroma.
• Pour les patients adultes chez qui on vient de diagnostiquer une (LMC) et qui sont porteurs du chromosome de Philadelphie (PH+).
• Pour les patients atteints de la leucémie aiguë à chromosome et qui sont porteurs de chromosome de Philadelphie (LLA à Ph+).

100MG COMPRIMÉ

02355337	APO-IMATINIB	APX
02253275	GLEEVEC	NVR
02397285	NAT-IMATINIB	NPH
02431114	PMS-IMATINIB	PMS
02399806	TEVA-IMATINIB	TEV

400MG COMPRIMÉ

02355345	APO-IMATINIB	APX
02253283	GLEEVEC	NVR
02397293	NAT-IMATINIB	NPH

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

IMATINIB (MÉSYLATE D')

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

• Pour les patients atteints de leucémie myéloïde chronique (LMC) qui présentent une concentration critique de cellules blastiques ou, encore, qui sont en phase d'accélération ou en phase chronique.
• Pour le traitement de patients souffrant d'une tumeur gastro-intestinale au niveau du stroma.
• Pour les patients adultes chez qui on vient de diagnostiquer une (LMC) et qui sont porteurs du chromosome de Philadelphie (PH+).
• Pour les patients atteints de la leucémie aiguë à chromosome et qui sont porteurs de chromosome de Philadelphie (LLA à Ph+).

400MG COMPRIMÉ

02431122	PMS-IMATINIB	PMS
02399814	TEVA-IMATINIB	TEV

LÉNALIDOMIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement du:
• syndrome myélodysplasique (SMD)
• patients atteints de myélome multiple réfractaire et récidivant qui ont déjà reçu au moins un traitement antérieur
• patients nouvellement diagnostiqués de myélome multiple qui ne sont pas candidats à une greffe autologue de cellules souches
• d'entretien des patients nouvellement diagnostiqués de myélome multiple à la suite d'une greffe autologue de cellules souches

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

5MG CAPSULE

02304899	REVLIMID	UNK

10MG CAPSULE

02304902	REVLIMID	UNK

15MG CAPSULE

02317699	REVLIMID	UNK

20MG CAPSULE

02440601	REVLIMID	UNK

25MG CAPSULE

02317710	REVLIMID	UNK

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

LENVATINIB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critères pour une couverture initiale de 4 mois pour le lenvatinib (Lenvima):
• Pour être utilisé en monothérapie pour le traitement de patients souffrant d'un cancer de la thyroïde différencié et en progression, qui est récurant localement ou avec métastase; ET
• Le cancer de la thyroïde différencié est réfractaire au traitement de l'iode radioactif; ET
• Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG* qui se situe entre 0 à 2; ET

Le patient répond aux critères d'admissibilité de l'essai clinique SELECT qui sont les suivants:
• Le cancer de la thyroïde différencié a été confirmé en pathologie (les patients qui ont un cancer anaplastique ou médullaire ne sont pas admissibles)
• Preuve d'une maladie réfractaire au traitement à l'iode-131 selon à au moins d'un des critères suivants:
- Une lésion mesurable sans apport d'iode sur aucune scintigraphie à iode-131
- Une lésion mesurable qui a progressé selon les critères RECIST à l'intérieur de 12 mois après une thérapie à l'iode-131 en dépit d'une avidité pour l'iode-131 au moment du traitement.
- La dose radioactive d'iode totale pour la durée de vie est plus élevée que 600 mCi (millicurie)
- Les radiologies montrent des preuves de progression dans les 13 derniers mois.
- Le patient n'a pas reçu d'inhibiteur de la tyrosine-kinase ou a reçu seulement un traitement d'inhibiteur de la tyrosine-kinase.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 4 mois):

10MG CAPSULE

02450321	LENVIMA	EIS

14MG CAPSULE

02450313	LENVIMA	EIS

20MG CAPSULE

02450305	LENVIMA	EIS

24MG CAPSULE

02450291	LENVIMA	EIS

LÉTROZOLE

ST **2.5MG COMPRIMÉ**

02338459	ACH-LETROZOLE	ACC
02358514	APO-LETROZOLE	APX
02392496	BIO-LETROZOLE	BMI
02231384	FEMARA	NVR
02373009	JAMP-LETROZOLE	JMP
02348969	LETROZOLE	ACG
02402025	LETROZOLE	PDL
02373424	MAR-LETROZOLE	MAR
02322315	MED-LETROZOLE	GMP
02421585	NAT-LETROZOLE	NPH
02309114	PMS-LETROZOLE	PMS
02372282	RAN-LETROZOLE	RBY
02398656	RIVA-LETROZOLE	RIV
02344815	SANDOZ LETROZOLE	SDZ

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

LÉTROZOLE

2.5MG COMPRIMÉ

02343657	TEVA-LETROZOLE	TEV
02378213	ZINDA-LETROZOLE	UNK

LEUPROLIDE (ACÉTATE DE)

3.75MG/VIAL POUDRE POUR SUSPENSION

00884502	LUPRON DEPOT	ABV

7.5MG/VIAL POUDRE POUR SUSPENSION

00836273	LUPRON DEPOT	ABV

10.5MG/VIAL POUDRE POUR SUSPENSION

02248239	ELIGARD	SAC

11.25MG/VIAL POUDRE POUR SUSPENSION

02239834	LUPRON DEPOT	ABV

22.5MG/VIAL POUDRE POUR SUSPENSION

02248240	ELIGARD	SAC
02230248	LUPRON DEPOT	ABV

30MG/VIAL POUDRE POUR SUSPENSION

02248999	ELIGARD	SAC
02239833	LUPRON DEPOT	ABV

45MG/VIAL POUDRE POUR SUSPENSION

02268892	ELIGARD	SAC

LOMUSTINE

10MG CAPSULE

00360430	CEENU	BMS

40MG CAPSULE

00360422	CEENU	BMS

100MG CAPSULE

00360414	CEENU	BMS

MÉGESTROL (ACÉTATE DE)

40MG COMPRIMÉ

02195917	MEGESTROL	AAP

160MG COMPRIMÉ

02195925	MEGESTROL	AAP

MELPHALAN

2MG COMPRIMÉ

00004715	ALKERAN	ASP

MERCAPTOPURINE

50MG COMPRIMÉ

02415275	MERCAPTOPURINE	RAX
00004723	PURINETHOL	TEV

MÉTHOTREXATE SODIQUE

2.5MG COMPRIMÉ

02182963	APO-METHOTREXATE	PFI
02170698	PMS-METHOTREXATE	PMS
02244798	RATIO-METHOTREXATE	TEV

10MG COMPRIMÉ

02182750	METHOTREXATE	PFI

7.5MG SOLUTION

02320029	METOJECT	UNK
02454823	METOJECT SUBCUTANEOUS	UNK

10MG SOLUTION

02320037	METOJECT	UNK
02454831	METOJECT SUBCUTANEOUS	UNK

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

MÉTHOTREXATE SODIQUE

10MG/0.4ML SOLUTION

02422174	METHOTREXATE	PMS

10MG/ML SOLUTION

02182947	METHOTREXATE	PFI

12.5MG SOLUTION

02454750	METOJECT SUBCUTANEOUS	UNK

15MG SOLUTION

02320045	METOJECT	UNK
02454858	METOJECT SUBCUTANEOUS	UNK

15MG/0.6ML SOLUTION

02422182	METHOTREXATE	PMS

17.5MG SOLUTION

02454769	METOJECT SUBCUTANEOUS	UNK

20MG SOLUTION

02454866	METOJECT SUBCUTANEOUS	UNK

20MG/0.8ML SOLUTION

02422190	METHOTREXATE	PMS

22.5MG SOLUTION

02454777	METOJECT SUBCUTANEOUS	UNK

25MG SOLUTION

02454874	METOJECT SUBCUTANEOUS	UNK

25MG/ML SOLUTION

02419173	JAMP-METHOTREXATE	JMP
02099705	METHOTREXATE	TEV
02182777	METHOTREXATE	PFI
02182955	METHOTREXATE	PFI
02398427	METHOTREXATE	SDZ
02417626	METHOTREXATE	MYL
02422166	METHOTREXATE	PMS
02422204	METHOTREXATE	PMS

MITOTANE

500MG COMPRIMÉ

00463221	LYSODREN	BMS

NILOTINIB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critères pour une couverture initiale (approbation pour 12 mois):
Pour les patients adultes chez qui on vient de diagnostiquer une leucémie myéloïde chronique (LMC) et qui sont porteurs de chromosome de Philadelphie (Ph+); OU
Pour les patients atteints de leucémie myéloïde chronique (Ph+) qui sont en phase d'accélération ou en phase chronique; ET
• Patient démontre une progression de la maladie / résistance à l'imatinib; OU
• Intolérance documentée à un ITK antérieur par voie orale (imatinib, dasatinib ou bosutinib.

Critère pour un renouvellement de couverture (renouvellement pour 12 mois):
• Confirmation par le clinicien que le patient a présenté une réponse hématologique et / ou cytogénétique et devrait continuer à le faire ET n'a pas développé de toxicités inacceptables.

150MG CAPSULE

02368250	TASIGNA	NVR

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

NILOTINIB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critères pour une couverture initiale (approbation pour 12 mois):
Pour les patients adultes chez qui on vient de diagnostiquer une leucémie myéloïde chronique (LMC) et qui sont porteurs de chromosome de Philadelphie (Ph+); OU
Pour les patients atteints de leucémie myéloïde chronique (Ph+) qui sont en phase d'accélération ou en phase chronique; ET
• Patient démontre une progression de la maladie / résistance à l'imatinib; OU
• Intolérance documentée à un ITK antérieur par voie orale (imatinib, dasatinib ou bosutinib.

Critère pour un renouvellement de couverture (renouvellement pour 12 mois):
• Confirmation par le clinicien que le patient a présenté une réponse hématologique et / ou cytogénétique et devrait continuer à le faire ET n'a pas développé de toxicités inacceptables.

200MG CAPSULE

02315874 TASIGNA NVR

NILUTAMIDE

50MG COMPRIMÉ

02221861 ANANDRON SAC

PALBOCICLIB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critères pour une couverture initiale (approbation pour 12 mois):
Destiné au traitement des femmes ménopausées atteintes d'un cancer du sein à un stade avancé, avec présence de récepteurs d'estrogènes et absence du récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (RE+/HER2−); ET
• Le patient n'a reçu aucun traitement contre la maladie métastatique (traitement de première intention); ET
• Le palbociclib sera utilisé en association avec un inhibiteur de l'aromatase; ET
• Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG* qui se situe entre 0 à 2; ET
• Le patient n'a pas manifesté de résistance** à un traitement néoadjuvant par inhibiteur de l'aromatase reçu antérieurement; ET
• Le patient ne présente pas de métastases actives ou non contrôlées au système nerveux central.

Critère pour un renouvellement de couverture (renouvellement pour 12 mois):
• Il n'y a pas de preuve de progression de la maladie.

75MG CAPSULE

02453150 IBRANCE PFI

100MG CAPSULE

02453169 IBRANCE PFI

125MG CAPSULE

02453177 IBRANCE PFI

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

PAZOPANIB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Couverture initiale de 12 mois
Pour le traitement en première ligne d'un patient atteint d'un carcinome avancé ou avec des métastases à cellules claires; ET
Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG qui se situe entre 0 à 2.

Critères de renouvellement de couverture pour 12 mois.
Il n'y a pas de preuve objective de progression de la maladie.

200MG COMPRIMÉ

02352303 VOTRIENT NVR

PONATINIB (HYDROCHLORURE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critère pour une couverture initiale de six (6) mois:
• Pour le traitement des patients qui sont porteurs de la mutation T315i, indépendamment de l'administration d'une thérapie avec les inhibiteurs de la tyrosinekinase (TKI); OU
• Pour le traitement de dernier recours pour les patients qui sont intolérants ou qui ont des contre-indications à l'imatinib et aux autres TKI de seconde génération (dasatinib, nilotinib, bosutinib); OU
• Pour le traitement des patients qui sont dans une phase chronique d'une leucémie myéloïde et qui font face à l'échec d'au moins deux différents TKI se traduisant par une progression de la maladie. Iclusig serait une troisième option dans ces situations; OU
• Pour le traitement des patients qui sont dans une phase d'accélération ou en crise blastique d'une leucémie myéloïde chronique ou d'une leucémie lymphoblastique Ph+ qui ont eu un échec ou qui ont eu une progression de la maladie suite à au moins une thérapie avec un TKI de seconde génération; ET
• Le patient présente un statut de rendement ECOG de 0 à 2.
Nota: Les agents de seconde génération des TKI (dasatinib, dilotinib, bosutinib) ne sont pas couverts par le Programme après l'utilisation du ponatinib.

Critère d'évaluation aux six (6) mois:
• Pas d'évidence de progression de la maladie.

15MG COMPRIMÉ

02437333 ICLUSIG ARI

45MG COMPRIMÉ

02437341 ICLUSIG ARI

PROCARBAZINE (CHLORHYDRATE DE)

50MG CAPSULE

00012750 MATULANE UNK

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

REGORAFENIB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critères pour une couverture initiale (approbation pour 6 mois)
• Destiné aux patients atteints d'une tumeur stromale gastro-intestinale (TSGI) qui ne répondent pas ou qui sont intolérants à un traitement à l'imatinib et au sunitinib; ET
• Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG qui se situe entre 0 à 1.
Nota : Le regorafenib ne sera pas couvert en même temps que l'imatinib ou le sunitinib.

Critère pour un renouvellement de couverture (renouvellement pour 12 mois):
• Il n'y a pas de preuve de progression de la maladie.

40MG COMPRIMÉ

02403390 STIVARGA BAY

RITUXIMAB

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de:
• La polyarthrite rhumatoïde en accord avec les critères établis.
• La granulomatose avec polyangéite en accord avec les critères établis.
• La polyangéite microscopique en accord avec les critères établis.

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

10MG/ML SOLUTION

02241927 RITUXAN HLR

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

RUXOLITINIB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

1. Pour le traitement de myélofibrose:

Pour une couverture initiale de 6 mois:
• Pour les symptômes présentants des risque intermédiaires à élevés de la myélofibrose tel que définis par le Dynamic International Prognostic Scoring System (DIPSS) Plus; OU
• Le patient souffre d'une splénomégalie symptomatique; ET
• Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG° qui se situe entre 0 à 3; ET
• Le patient n'a pas déjà été traité OU est réfractaire à d'autres traitements.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 12 mois):
• Diminution du volume de la rate; OU
• Amélioration des symptômes de la maladie.

2. Pour le traitement de polycythémie vrai:

Pour une couverture initiale de 6 mois:
La maladie est résistante à l'hydroxyurée (HU) selon les critères de l'European LeukemiaNet, définis comme suit:
Après 3 mois d'un traitement d'au moins 2g/jour avec l'HU ou à la dose maximum tolérée, le patient a démontré:
• Le besoin d'une phlébotomie afin de garder l'hématocrite < 45%; OU
• Une myéloprolifération incontrôlée (plaquettes > 400x109/L et les globules blancs > 10x109/L); OU
• Il n'a pas été possible de diminuer l'importante splénomégalie > 50% mesurée à la palpation.
OU
Le patient est intolérant à l'HU selon les critères de l'European LeukemiaNet, définis comme suit:
Après l'administration de toutes doses d'HU, le patient a démontré:
• Un nombre absolu de neutrophiles < 1.0 x 109/L, ou de plaquettes < 100x109/L; OU
• L'hémoglobine < 100 g/L lorsque que la plus faible dose d'HU est donnée pour atteindre une réponse (la réponse est définie par un hématocrite < 45% sans phlébotomie, et/ou tous les indicateurs suivants : plaquettes ≤ 400x109/L , les globules blancs ≤ 10 x 109/L , et la rate est non palpable); OU
• La présence d'ulcères à la jambe ou autres toxicités non hématologiques reliées à l'HU qui ne sont pas acceptables tels que : manifestations mucocutanées, symptômes gastro-intestinaux, pneumonie ou fièvre, tel que définis dans la version 3.0 du Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) de niveau 3 ou 4 ou tel que définis dans la version 3.0 du CTCAE de niveau 2 de plus d'une semaine, ou par un arrêt définitif de l'HU ou par une interruption de l'HU jusqu'à ce que la toxicité soit résolue ou le patient est hospitalisé à cause de cette toxicité de l'HU.
ET
• Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG qui se situe entre 0 à 3.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 12 mois):
• Une réduction du volume de la rate; OU
• Une amélioration des symptômes de la maladie.

5MG COMPRIMÉ

02388006 JAKAVI NVR

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

RUXOLITINIB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

1. Pour le traitement de myélofibrose:

Pour une couverture initiale de 6 mois:
• Pour les symptômes présentants des risque intermédiaires à élevés de la myélofibrose tel que définis par le Dynamic International Prognostic Scoring System (DIPSS) Plus; OU
• Le patient souffre d'une splénomégalie symptomatique;
ET
• Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG* qui se situe entre 0 à 3; ET
• Le patient n'a pas déjà été traité OU est réfractaire à d'autres traitements.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 12 mois):
• Diminution du volume de la rate; OU
• Amélioration des symptômes de la maladie.

2. Pour le traitement de polycythémie vrai:

Pour une couverture initiale de 6 mois:
La maladie est résistante à l'hydroxyurée (HU) selon les critères de l'European LeukemiaNet, définis comme suit:
Après 3 mois d'un traitement d'au moins 2g/jour avec l'HU ou à la dose maximum tolérée, le patient a démontré:
• Le besoin d'une phlébotomie afin de garder l'hématocrite < 45%; OU
• Une myéloprolifération incontrôlée (plaquettes > 400x109/L et les globules blancs > 10x109/L); OU
• Il n'a pas été possible de diminuer l'importante splénomégalie > 50% mesurée à la palpation.
OU
Le patient est intolérant à l'HU selon les critères de l'European LeukemiaNet, définis comme suit:
Après l'administration de toutes doses d'HU, le patient a démontré:
• Un nombre absolu de neutrophiles < 1.0 x 109/L, ou de plaquettes < 100x109/L; OU
• L'hémoglobine < 100 g/L lorsque que la plus faible dose d'HU est donnée pour atteindre une réponse (la réponse est définie par un hématocrite < 45% sans phlébotomie, et/ou tous les indicateurs suivants : plaquettes ≤ 400x109/L , les globules blancs ≤ 10 x 109/L , et la rate est non palpable); OU
• La présence d'ulcères à la jambe ou autres toxicités non hématologiques reliées à l'HU qui ne sont pas acceptables tels que : manifestations mucocutanées, symptômes gastro-intestinaux, pneumonie ou fièvre, tel que définis dans la version 3.0 du Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) de niveau 3 ou 4 ou tel que définis dans la version 3.0 du CTCAE de niveau 2 de plus d'une semaine, ou par un arrêt définitif de l'HU ou par une interruption de l'HU jusqu'à ce que la toxicité soit résolue ou le patient est hospitalisé à cause de cette toxicité de l'HU.
ET
• Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG qui se situe entre 0 à 3.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 12 mois):
• Une réduction du volume de la rate; OU
• Une amélioration des symptômes de la maladie.

10MG COMPRIMÉ

02434814 JAKAVI NVR

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

RUXOLITINIB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

1. Pour le traitement de myélofibrose:

Pour une couverture initiale de 6 mois:
• Pour les symptômes présentants des risque intermédiaires à élevés de la myélofibrose tel que définis par le Dynamic International Prognostic Scoring System (DIPSS) Plus; OU
• Le patient souffre d'une splénomégalie symptomatique;
ET
• Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG* qui se situe entre 0 à 3; ET
• Le patient n'a pas déjà été traité OU est réfractaire à d'autres traitements.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 12 mois):
• Diminution du volume de la rate; OU
• Amélioration des symptômes de la maladie.

2. Pour le traitement de polycythémie vrai:

Pour une couverture initiale de 6 mois:
La maladie est résistante à l'hydroxyurée (HU) selon les critères de l'European LeukemiaNet, définis comme suit:
Après 3 mois d'un traitement d'au moins 2g/jour avec l'HU ou à la dose maximum tolérée, le patient a démontré:
• Le besoin d'une phlébotomie afin de garder l'hématocrite < 45%; OU
• Une myéloprolifération incontrôlée (plaquettes > 400x109/L et les globules blancs > 10x109/L); OU
• Il n'a pas été possible de diminuer l'importante splénomégalie > 50% mesurée à la palpation.
OU
Le patient est intolérant à l'HU selon les critères de l'European LeukemiaNet, définis comme suit:
Après l'administration de toutes doses d'HU, le patient a démontré:
• Un nombre absolu de neutrophiles < 1.0 x 109/L, ou de plaquettes < 100x109/L; OU
• L'hémoglobine < 100 g/L lorsque que la plus faible dose d'HU est donnée pour atteindre une réponse (la réponse est définie par un hématocrite < 45% sans phlébotomie, et/ou tous les indicateurs suivants : plaquettes ≤ 400x109/L , les globules blancs ≤ 10 x 109/L , et la rate est non palpable); OU
• La présence d'ulcères à la jambe ou autres toxicités non hématologiques reliées à l'HU qui ne sont pas acceptables tels que : manifestations mucocutanées, symptômes gastro-intestinaux, pneumonie ou fièvre, tel que définis dans la version 3.0 du Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) de niveau 3 ou 4 ou tel que définis dans la version 3.0 du CTCAE de niveau 2 de plus d'une semaine, ou par un arrêt définitif de l'HU ou par une interruption de l'HU jusqu'à ce que la toxicité soit résolue ou le patient est hospitalisé à cause de cette toxicité de l'HU.
ET
• Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG qui se situe entre 0 à 3.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 12 mois):
• Une réduction du volume de la rate; OU
• Une amélioration des symptômes de la maladie.

15MG COMPRIMÉ

02388014 JAKAVI NVR

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

RUXOLITINIB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

1. Pour le traitement de myélofibrose:

Pour une couverture initiale de 6 mois:
• Pour les symptômes présentants des risque intermédiaires à élevés de la myélofibrose tel que définis par le Dynamic International Prognostic Scoring System (DIPSS) Plus; OU
• Le patient souffre d'une splénomégalie symptomatique;
ET
• Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG* qui se situe entre 0 à 3; ET
• Le patient n'a pas déjà été traité OU est réfractaire à d'autres traitements.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 12 mois):
• Diminution du volume de la rate; OU
• Amélioration des symptômes de la maladie.

2. Pour le traitement de polycythémie vrai:

Pour une couverture initiale de 6 mois:
La maladie est résistante à l'hydroxyurée (HU) selon les critères de l'European LeukemiaNet, définis comme suit:
Après 3 mois d'un traitement d'au moins 2g/jour avec l'HU ou à la dose maximum tolérée, le patient a démontré:
• Le besoin d'une phlébotomie afin de garder l'hématocrite < 45%; OU
• Une myéloprolifération incontrôlée (plaquettes > 400x109/L et les globules blancs > 10x109/L); OU
• Il n'a pas été possible de diminuer l'importante splénomégalie > 50% mesurée à la palpation.
OU
Le patient est intolérant à l'HU selon les critères de l'European LeukemiaNet, définis comme suit:
Après l'administration de toutes doses d'HU, le patient a démontré:
• Un nombre absolu de neutrophiles < 1.0 x 109/L, ou de plaquettes < 100x109/L; OU
• L'hémoglobine < 100 g/L lorsque que la plus faible dose d'HU est donnée pour atteindre une réponse (la réponse est définie par un hématocrite < 45% sans phlébotomie, et/ou tous les indicateurs suivants : plaquettes ≤ 400x109/L , les globules blancs ≤ 10 x 109/L , et la rate est non palpable); OU
• La présence d'ulcères à la jambe ou autres toxicités non hématologiques reliées à l'HU qui ne sont pas acceptables tels que : manifestations mucocutanées, symptômes gastro-intestinaux, pneumonie ou fièvre, tel que définis dans la version 3.0 du Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) de niveau 3 ou 4 ou tel que définis dans la version 3.0 du CTCAE de niveau 2 de plus d'une semaine, ou par un arrêt définitif de l'HU ou par une interruption de l'HU jusqu'à ce que la toxicité soit résolue ou le patient est hospitalisé à cause de cette toxicité de l'HU.
ET
• Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG qui se situe entre 0 à 3.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 12 mois):
• Une réduction du volume de la rate; OU
• Une amélioration des symptômes de la maladie.

20MG COMPRIMÉ

02388022	JAKAVI	NVR

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

SUNITINIB (MALATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critère pour une couverture initiale de six mois:
• Pour les patients avec tumeurs stromales gastro-intestinales métastasique/récurentes qui ont été prouvées histologiquement inopérables et qui n'ont pas répondu ou ne pouvaient tolérer un traitement avec imatinib.
Sunitinib ne sera pas couvert en même temps que l'imatinib.
OU
Critère pour une couverture initiale de 12 mois:
• Pour les tumeurs neuroendocrines pancréatiques bien ou modérément différenciées, non résécables, en progression et localement avancées ou métastatiques; ET
• Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG* qui se situe entre 0 à 2.

Critère d'évaluation aux 12 mois:
• Pas d'évidence de progression de la maladie.

12.5MG CAPSULE

02280795	SUTENT	PFI

25MG CAPSULE

02280809	SUTENT	PFI

50MG CAPSULE

02280817	SUTENT	PFI

TAMOXIFÈNE (CITRATE DE)

10MG COMPRIMÉ

00812404	APO-TAMOX	APX
00851965	TEVA-TAMOXIFEN	TEV

20MG COMPRIMÉ

00812390	APO-TAMOX	APX
02048485	NOLVADEX-D	AZC
00851973	TEVA-TAMOXIFEN	TEV

TÉMOZOLOMIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients adultes atteints de glioblastome multiforme ou d'un astrocytome anaplasique, chez lesquels on a pu démontrer des évidences de récidive ou de progression de la maladie après traitement type (résection, radiothérapie et chimiothérapie).
Pour le traitement concomitant à la radiothérapie chez les adultes atteints d'un glioblastome multiforme nouvellement diagnostiqués, puis comme traitement d'entretien.

5MG CAPSULE

02441160	ACT TEMOZOLOMIDE	ACG
02443473	TARO-TEMOZOLOMIDE	TAR
02241093	TEMODAL	FRS

20MG CAPSULE

02395274	ACT TEMOZOLOMIDE	ACG
02443481	TARO-TEMOZOLOMIDE	TAR
02241094	TEMODAL	FRS

100MG CAPSULE

02395282	ACT TEMOZOLOMIDE	ACG
02443511	TARO-TEMOZOLOMIDE	TAR
02241095	TEMODAL	FRS

140MG CAPSULE

02395290	ACT TEMOZOLOMIDE	ACG

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

TÉMOZOLOMIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients adultes atteints de glioblastome multiforme ou d'un astrocytome anaplasique, chez lesquels on a pu démontrer des évidences de récidive ou de progression de la maladie après traitement type (résection, radiothérapie et chimiothérapie).
Pour le traitement concomitant à la radiothérapie chez les adultes atteints d'un glioblastome multiforme nouvellement diagnostiqués, puis comme traitement d'entretien.

140MG CAPSULE

02413116	APO-TEMOZOLOMIDE	APX
02443538	TARO-TEMOZOLOMIDE	TAR
02312794	TEMODAL	FRS

250MG CAPSULE

02395312	ACT TEMOZOLOMIDE	ACG
02443554	TARO-TEMOZOLOMIDE	TAR
02241096	TEMODAL	FRS

THIOGUANINE

40MG COMPRIMÉ

00282081	LANVIS	ASP

TRAMETINIB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critères pour une couverture initiale de six mois pour le trametinib (Mekinist):
En traitement de première ligne et en monothérapie pour les patients souffrant de mélanomes métastatiques ou qui ont des mélanomes inopérables et en monothérapie; OU
En traitement de première ligne pour les patients souffrant de mélanomes métastatiques ou ont des mélanomes inopérables et en association avec le dabrafenib (Tafinlar)

ET pour les patients qui répondent aux critères suivants :
• Une mutation positive en BRAF V600 des mélanomes qui sont inopérables ou qui sont métastatiques a été documentée chez le patient; ET
• Le patient n'a pas de métastase au cerveau ou les métastases du cerveau sont asymptomatiques ou stables; ET
• Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG* qui se situe entre 0 à 1;
*ECOG = European Cooperative Oncology Group Status

ET
• Le patient n'a reçu aucun traitement au préalable.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 6 mois):
Il n'y a pas de preuve objective de progression de la maladie.

0.5MG COMPRIMÉ

02409623	MEKINIST	NVR

2MG COMPRIMÉ

02409658	MEKINIST	NVR

TRÉTINOÏNE

10MG CAPSULE

02145839	VESANOID	CHE

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

TRIPTORELIN PAMOATE

3.75MG/VIAL POUDRE POUR SUSPENSION

02240000	TRELSTAR	ALL

11.25MG/VIAL POUDRE POUR SUSPENSION

02243856	TRELSTAR	ALL

22.5MG POUDRE POUR SUSPENSION

02412322	TRELSTAR	ALL

VÉMURAFÉNIB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critères pour une couverture initiale de six mois pour le vemurafenib (Zelboraf):
En traitement de première ligne pour les patients souffrant de mélanomes métastatiques ou qui ont des mélanomes inopérables et en monothérapie; OU
En traitement de première ligne pour les patients souffrant de mélanomes métastatiques ou qui ont des mélanomes inopérables et en association avec le cobimetinib (Cotellic).

ET pour les patients qui répondent aux critères suivants:
• Une mutation positive en BRAF V600 des mélanomes qui sont inopérables ou qui sont métastatiques a été documentée chez le patient; ET
• Le patient n'a pas de métastases au cerveau ou les métastases du cerveau sont asymptomatiques ou stables; ET
• Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG qui se situe entre 0 à 1.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 6 mois):
Il n'y a pas de preuve objective de progression de la maladie.

ST 240MG COMPRIMÉ

02380242	ZELBORAF	HLR

12:00 MÉDICAMENTS DU SYSTÈME NERVEUX AUTONOME

12:04.00 PARASYMPATHOMIMÉTIQUES

BÉTHANÉCOL (CHLORURE DE)

10MG COMPRIMÉ

01947958	DUVOID	PAL

25MG COMPRIMÉ

01947931	DUVOID	PAL

50MG COMPRIMÉ

01947923	DUVOID	PAL

DONÉPÉZIL (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour une couverture initiale de 12 mois pour les inhibiteurs de la cholinestérase:
• Un diagnostic de la maladie d'Alzheimer d'intensité légère à modérée; ET
• Le test: Le Mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam (MMSE) avec un résultat entre 10 et 26 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours; OU
• Le test: Montréal Cognitive Assessment (MoCA) avec un résultat entre 10 et 26 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours; OU
• Le test: L'Échelle de détérioration globale (Global Détérioration Scale (GDS) avec un résultat entre 4 et 6 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours.
Une couverture au-delà de 12 mois sera basée sur une amélioration ou stabilisation de la fonction cognitive, des habiletés ou du comportement.

Critères pour une couverture renouvelée aux intervalles de 12 mois:
• Une réponse cliniquement significative, déterminée par une stabilisation ou une amélioration lors de la thérapie; ET
• La maladie d'Alzheimer n'a pas progressé au stade 7 du GDS ou moins que 10 pour le MMSE ou pour le MoCA.

ST 5MG COMPRIMÉ

02419866	ACCEL-DONEPEZIL	ACP
02397595	ACT DONEPEZIL	ACG
02362260	APO-DONEPEZIL	APX
02232043	ARICEPT	PFI
02400561	AURO-DONEPEZIL	AUR
02412853	BIO-DONEPEZIL	BMI
02402645	DONEPEZIL	ACC
02416417	DONEPEZIL	PDL
02420597	DONEPEZIL	SIV
02416948	JAMP-DONEPEZIL	JMP
02402092	MAR-DONEPEZIL	MAR
02467453	M-DONEPEZIL	MAN
02359472	MYLAN-DONEPEZIL	MYL
02439557	NAT-DONEPEZIL	NPH
02322331	PMS-DONEPEZIL	PMS
02381508	RAN-DONEPEZIL	RBY
02412918	RIVA-DONEPEZIL	RIV
02328666	SANDOZ DONEPEZIL	SDZ
02428482	SEPTA DONEPEZIL	SPT
02340607	TEVA-DONEPEZIL	TEV

ST 10MG COMPRIMÉ

02419874	ACCEL-DONEPEZIL	ACP

12:04.00 PARASYMPATHOMIMÉTIQUES

DONÉPÉZIL (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour une couverture initiale de 12 mois pour les inhibiteurs de la cholinestérase:
• Un diagnostic de la maladie d'Alzheimer d'intensité légère à modérée; ET
• Le test: Le Mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam (MMSE) avec un résultat entre 10 et 26 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours; OU
• Le test: Montréal Cognitive Assessment (MoCA) avec un résultat entre 10 et 26 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours; OU
• Le test: L'Échelle de détérioration globale (Global Détérioration Scale (GDS) avec un résultat entre 4 et 6 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours.
Une couverture au-delà de 12 mois sera basée sur une amélioration ou stabilisation de la fonction cognitive, des habiletés ou du comportement.

Critères pour une couverture renouvelée aux intervalles de 12 mois:
• Une réponse cliniquement significative, déterminée par une stabilisation ou une amélioration lors de la thérapie; ET
• La maladie d'Alzheimer n'a pas progressé au stade 7 du GDS ou moins que 10 pour le MMSE ou pour le MoCA.

ST 10MG COMPRIMÉ

02397609	ACT DONEPEZIL	ACG
02362279	APO-DONEPEZIL	APX
02232044	ARICEPT	PFI
02400588	AURO-DONEPEZIL	AUR
02412861	BIO-DONEPEZIL	BMI
02402653	DONEPEZIL	ACC
02416425	DONEPEZIL	PDL
02420600	DONEPEZIL	SIV
02416956	JAMP-DONEPEZIL	JMP
02402106	MAR-DONEPEZIL	MAR
02467461	M-DONEPEZIL	MAN
02439565	NAT-DONEPEZIL	NPH
02322358	PMS-DONEPEZIL	PMS
02381516	RAN-DONEPEZIL	RBY
02412934	RIVA-DONEPEZIL	RIV
02328682	SANDOZ DONEPEZIL	SDZ
02428490	SEPTA DONEPEZIL	SPT
02340615	TEVA-DONEPEZIL	TEV

12:04.00 PARASYMPATHOMIMÉTIQUES

GALANTAMINE (BROMHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour une couverture initiale de 12 mois pour les inhibiteurs de la cholinestérase:
• Un diagnostic de la maladie d'Alzheimer d'intensité légère à modérée; ET
• Le test: Le Mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam (MMSE) avec un résultat entre 10 et 26 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours; OU
• Le test: Montréal Cognitive Assessment (MoCA) avec un résultat entre 10 et 26 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours; OU
• Le test: L'Échelle de détérioration globale (Global Détérioration Scale (GDS) avec un résultat entre 4 et 6 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours.
Une couverture au-delà de 12 mois sera basée sur une amélioration ou stabilisation de la fonction cognitive, des habiletés ou du comportement.

Critères pour une couverture renouvelée aux intervalles de 12 mois:
• Une réponse cliniquement significative, déterminée par une stabilisation ou une amélioration lors de la thérapie; ET
• La maladie d'Alzheimer n'a pas progressé au stade 7 du GDS ou moins que 10 pour le MMSE ou pour le MoCA.

SF 8MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02425157	AURO-GALANTAMINE ER	AUR
02443015	GALANTAMINE	SAN
02416573	GALANTAMINE ER	PDL
02420821	MAR-GALANTAMINE ER	MAR
02339439	MYLAN-GALANTAMINE ER	MYL
02316943	PAT-GALANTAMINE ER	KLA
02398370	PMS-GALANTAMINE ER	PMS
02377950	TEVA-GALANTAMINE ER	TEV

SF 16MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02425165	AURO-GALANTAMINE ER	AUR
02443023	GALANTAMINE	SAN
02416581	GALANTAMINE ER	PDL
02420848	MAR-GALANTAMINE ER	MAR
02339447	MYLAN-GALANTAMINE ER	MYL
02316951	PAT-GALANTAMINE ER	KLA
02398389	PMS-GALANTAMINE ER	PMS
02377969	TEVA-GALANTAMINE ER	TEV

SF 24MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02425173	AURO-GALANTAMINE ER	AUR
02443031	GALANTAMINE	SAN
02416603	GALANTAMINE ER	PDL
02420856	MAR-GALANTAMINE ER	MAR
02339455	MYLAN-GALANTAMINE ER	MYL
02316978	PAT-GALANTAMINE ER	KLA
02398397	PMS-GALANTAMINE ER	PMS
02377977	TEVA-GALANTAMINE ER	TEV

NÉOSTIGMINE (BROMURE DE)

SF 15MG COMPRIMÉ

00869945	PROSTIGMIN	VAE

PILOCARPINE (CHLORHYDRATE DE)

SF 5MG COMPRIMÉ

02402483	PILOCARPINE HYDROCHLORIDE	RAX

12:04.00 PARASYMPATHOMIMÉTIQUES

PILOCARPINE (CHLORHYDRATE DE)

SF 5MG COMPRIMÉ

02216345	SALAGEN	PFI

PYRIDOSTIGMINE (BROMURE DE)

SF 60MG COMPRIMÉ

00869961	MESTINON	VAE

SF 180MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

00869953	MESTINON-SR	VAE

RIVASTIGMINE (TARTRATE HYDRO DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour une couverture initiale de 12 mois pour les inhibiteurs de la cholinestérase:
• Un diagnostic de la maladie d'Alzheimer d'intensité légère à modérée; ET
• Le test: Le Mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam (MMSE) avec un résultat entre 10 et 26 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours; OU
• Le test: Montréal Cognitive Assessment (MoCA) avec un résultat entre 10 et 26 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours; OU
• Le test: L'Échelle de détérioration globale (Global Détérioration Scale (GDS) avec un résultat entre 4 et 6 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours.
Une couverture au-delà de 12 mois sera basée sur une amélioration ou stabilisation de la fonction cognitive, des habiletés ou du comportement.

Critères pour une couverture renouvelée aux intervalles de 12 mois:
• Une réponse cliniquement significative, déterminée par une stabilisation ou une amélioration lors de la thérapie; ET
• La maladie d'Alzheimer n'a pas progressé au stade 7 du GDS ou moins que 10 pour le MMSE ou pour le MoCA.

SF 1.5MG CAPSULE

02336715	APO-RIVASTIGMINE	APX
02242115	EXELON	NVR
02401614	MED-RIVASTIGMINE	GMP
02305984	NOVO-RIVASTIGMINE	NOP
02306034	PMS-RIVASTIGMINE	PMS
02311283	RATIO-RIVASTIGMINE	TEV
02416999	RIVASTIGMINE	PDL
02324563	SANDOZ RIVASTIGMINE	SDZ

SF 3MG CAPSULE

02336723	APO-RIVASTIGMINE	APX
02242116	EXELON	NVR
02401622	MED-RIVASTIGMINE	GMP
02305992	NOVO-RIVASTIGMINE	NOP
02306042	PMS-RIVASTIGMINE	PMS
02311291	RATIO-RIVASTIGMINE	TEV
02417006	RIVASTIGMINE	PDL
02324571	SANDOZ RIVASTIGMINE	SDZ

SF 4.5MG CAPSULE

02336731	APO-RIVASTIGMINE	APX
02242117	EXELON	NVR
02401630	MED-RIVASTIGMINE	GMP
02306018	NOVO-RIVASTIGMINE	NOP
02306050	PMS-RIVASTIGMINE	PMS
02311305	RATIO-RIVASTIGMINE	TEV

12:04.00 PARASYMPATHOMIMÉTIQUES

RIVASTIGMINE (TARTRATE HYDRO DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour une couverture initiale de 12 mois pour les inhibiteurs de la cholinestérase:
• Un diagnostic de la maladie d'Alzheimer d'intensité légère à modérée; ET
• Le test: Le Mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam (MMSE) avec un résultat entre 10 et 26 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours; OU
• Le test: Montréal Cognitive Assessment (MoCA) avec un résultat entre 10 et 26 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours; OU
• Le test: L'Échelle de détérioration globale (Global Détérioration Scale (GDS) avec un résultat entre 4 et 6 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours.
Une couverture au-delà de 12 mois sera basée sur une amélioration ou stabilisation de la fonction cognitive, des habiletés ou du comportement.

Critères pour une couverture renouvelée aux intervalles de 12 mois:
• Une réponse cliniquement significative, déterminée par une stabilisation ou une amélioration lors de la thérapie; ET
• La maladie d'Alzheimer n'a pas progressé au stade 7 du GDS ou moins que 10 pour le MMSE ou pour le MoCA.

4.5MG CAPSULE

02417014	RIVASTIGMINE	PDL
02324598	SANDOZ RIVASTIGMINE	SDZ

6MG CAPSULE

02336758	APO-RIVASTIGMINE	APX
02242118	EXELON	NVR
02401649	MED-RIVASTIGMINE	GMP
02306026	NOVO-RIVASTIGMINE	NOP
02306069	PMS-RIVASTIGMINE	PMS
02311313	RATIO-RIVASTIGMINE	TEV
02417022	RIVASTIGMINE	PDL
02324601	SANDOZ RIVASTIGMINE	SDZ

2MG/ML SOLUTION

02245240	EXELON	NVR

12:08.08 ANTISPASMODIQUES / ANTIMUSCARINIQUES

ACLIDINIUM BROMIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les patients qui:
• n'ont pas répondu à un essai d'ipratropium; OU
• qui n'ont pas eu d'essai préalable d'ipratropium mais souffre d'une MPOC modérée à grave et qui est documentée par la spirométrie.

400MCG POUDRE

02409720	TUDORZA GENUAIR	AZC

12:08.08 ANTISPASMODIQUES / ANTIMUSCARINIQUES

GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les patients qui:
• n'ont pas répondu à un essai d'ipratropium; OU
• qui n'ont pas eu d'essai préalable d'ipratropium mais souffre d'une MPOC modérée à grave et qui est documentée par la spirométrie.

50MCG CAPSULE

02394936	SEEBRI BREEZHALER	NVR

HYOSCINE BUTYLBROMIDE

10MG COMPRIMÉ

00363812	BUSCOPAN	SAC

INDACATÉROL MALÉATE, GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les patients qui ont:
• une MPOC modérée à grave et qui est documentée par la spirométrie; ET
• une réponse inadéquate aux agonistes beta-2 à longue durée (LABA) ou un antagoniste muscarinique à longue durée (LAMA).

110MCG & 50MCG CAPSULE

02418282	ULTIBRO BREEZHALER	NVR

IPRATROPIUM (BROMURE D')

0.03% AÉROSOL

02163705	ATROVENT	SAC

0.06% AÉROSOL

02163713	ATROVENT	SAC

20MCG/INHALATION AÉROSOL

02247686	ATROVENT HFA	BOE

125MCG/ML SOLUTION

02231135	PMS-IPRATROPIUM	PMS
02097176	RATIO-IPRATROPIUM UDV	TEV

250MCG/ML SOLUTION

02126222	APO-IPRAVENT	APX
02239131	MYLAN-IPRATROPIUM	MYL
02231136	PMS-IPRATROPIUM	PMS
02231244	PMS-IPRATROPIUM	PMS
02231245	PMS-IPRATROPIUM	PMS
99001446	RATIO-IPRATROPIUM	RPH
02097168	RATIO-IPRATROPIUM UDV	TEV
02216221	TEVA-IPRATROPIUM STERINEBS	TEV

0.03% VAPORISATEUR NASAL

02240508	DOM-IPRATROPIUM	DPC
02239627	PMS-IPRATROPIUM	PMS

21MCG VAPORISATEUR NASAL

02246083	IPRAVENT	AAP

42MCG VAPORISATEUR NASAL

02246084	IPRAVENT	AAP

12:08.08 ANTISPASMODIQUES / ANTIMUSCARINIQUES

IPRATROPIUM (BROMURE D'), SALBUTAMOL SULFATE

0.2MG & 1MG/ML SOLUTION

02231675	COMBIVENT	BOE
02243789	RATIO-IPRA SAL	TEV
02272695	TEVA-COMBO STERINEBS	TEV

100MCG & 20MCG SOLUTION

02419106	COMBIVENT RESPIMAT	BOE

TIOTROPIUM MONOHYDRATÉ (BROMURE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les patients atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) qui:
• n'ont pas répondu à un essai d'ipratropium; OU
• qui n'ont pas eu d'essai préalable d'ipratropium mais souffre d'une MPOC modérée à grave et qui est documentée par la spirométrie.

18MCG CAPSULE

02246793	SPIRIVA	BOE

2.5MCG SOLUTION

02435381	SPIRIVA RESPIMAT	BOE

TRIMEBUTINE (MALEATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement et pour le soulagement des symptômes reliés au trouble fonctionnel gastro-intestinal incluant le syndrome du côlon irritable, le côlon spastique, la colite spasmodique et la colite muqueuse; OU
Lors d'un iléus paralytique postopératoire, en vue d'accélérer la reprise du transit intestinale suivant une chirurgie abdominale.

100MG COMPRIMÉ

02349027	AA-TRIMEBUTINE	AAP
02245663	TRIMEBUTINE	AAP

200MG COMPRIMÉ

02349035	AA-TRIMEBUTINE	AAP
00803499	MODULON	APC
02245664	TRIMEBUTINE	AAP

UMECLIDINIUM (BROMURE D')

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les patients qui:
• n'ont pas répondu à un essai d'ipratropium; OU
• qui n'ont pas eu d'essai préalable d'ipratropium mais souffre d'une MPOC modérée à grave et qui est documentée par la spirométrie.

62.5MCG POUDRE

02423596	INCRUSE ELLIPTA	GSK

12:08.08 ANTISPASMODIQUES / ANTIMUSCARINIQUES

UMECLIDINIUM (BROMURE D'), VILANTEROL

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les patients qui ont:
• une MPOC modérée à grave et qui est documentée par la spirométrie; ET
• une réponse inadéquate aux agonistes beta-2 à longue durée (LABA) ou un antagoniste muscarinique à longue durée (LAMA).

62.5MCG/25MCG POUDRE

02418401	ANORO ELLIPTA	GSK

12:12.04 AGONISTES ALPHA ADRÉNERGIQUES

MIDODRINE (CHLORHYDRATE DE)

2.5MG COMPRIMÉ

02278677	MIDODRINE	AAP

5MG COMPRIMÉ

02278685	MIDODRINE	AAP

12:12.08 AGONISTES BÊTA ADRÉNERGIQUES

ACLIDINIUM BROMIDE, FORMOTÉROL (FUMARATE DIHYDRATÉ)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les patients qui ont:
• Une MPOC modérée à grave et qui est documentée par la spirométrie; ET
• Une réponse inadéquate aux agonistes beta-2 à longue durée (LABA) ou un antagoniste muscarinique à longue durée (LAMA).

400MCG & 12MCG POUDRE

02439530	DUAKLIR GENUAIR	AZC

FLUTICASONE (FUROATE DE), VILANTEROL

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'asthme dont l'état n'est pas contrôlé adéquatement avec une dose moyenne d'un corticostéroïde en inhalation utilisé seul (par exemple le fluticasone à la dose de 251 ou 500 mcg par jour ou un équivalent), et qui nécessitent qu'un agoniste beta-2 à longue durée d'action soit ajouté. Les patients qui utilisent des produits en association doivent aussi avoir accès à un bronchodilatateur à courte action pour le soulagement de leur symptôme.
OU
Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les patients qui ont:
• une MPOC modérée à grave et qui est documentée par la spirométrie; OU
• une réponse inadéquate aux agonistes beta-2 à longue durée (LABA) ou à un antagoniste muscarinique à longue durée (LAMA).

100MCG & 25MCG POUDRE

02408872	BREO ELLIPTA	GSK

12:12.08 AGONISTES BÊTA ADRÉNERGIQUES

FLUTICASONE (FUROATE DE), VILANTEROL TRIFENATATE (ASTHMA)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'asthme dont l'état n'est pas contrôlé adéquatement avec une dose moyenne d'un corticostéroïde en inhalation utilisé seul (par exemple le fluticasone à la dose de 251 ou 500 mcg par jour ou un équivalent), et qui nécessitent qu'un agoniste beta-2 à longue durée d'action soit ajouté. Les patients qui utilisent des produits en association doivent aussi avoir accès à un bronchodilatateur à courte action pour le soulagement de leur symptôme.

200MCG & 25MCG POUDRE

02444186 BREO ELLIPTA GSK

FORMOTÉROL (FUMARATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'asthme chez les patients qui utilisent de façon optimale une thérapie de corticostéroïde inhalée et éprouvant des symptômes d'exacerbation nécessitant l'utilisation de broncho-dilatateur de début d'action rapide et de courte durée.
OU
Pour le traitement de la MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique) chez les patients dont les symptômes ne sont pas adéquatement maitrisés avec l'ipratropium, le tiotropium ou un agent bêta2-agoniste à courte durée d'action.

12MCG/CAPSULE CAPSULE

02230898 FORADIL NVR

FORMOTÉROL (FUMARATE DIHYDRATÉ)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'asthme chez les patients qui utilisent de façon optimale une thérapie de corticostéroïde inhalée et éprouvant des symptômes d'exacerbation nécessitant l'utilisation de broncho-dilatateur à action rapide et de courte durée.

6MCG/DOSE POUDRE

02237225 OXEZE TURBUHALER AZC

12MCG/DOSE POUDRE

02237224 OXEZE TURBUHALER AZC

12:12.08 AGONISTES BÊTA ADRÉNERGIQUES

FORMOTÉROL (FUMARATE DIHYDRATÉ), BUDÉSONIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'asthme dont l'état n'est pas contrôlé adéquatement avec une dose moyenne d'un corticostéroïde en inhalation utilisé seul (par exemple le fluticasone à la dose de 251 ou 500 mcg par jour ou un équivalent), et qui nécessitent qu'un agoniste beta-2 à longue durée d'action soit ajouté. Les patients qui utilisent des produits en association doivent aussi avoir accès à un bronchodilatateur à courte action pour le soulagement de leur symptôme.
OU
Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les patients qui ont:
• une MPOC modérée à grave et qui est documentée par la spirométrie; OU
• une réponse inadéquate aux agonistes beta-2 à longue durée (LABA) ou à un antagoniste muscarinique à longue durée (LAMA).

6MCG & 100MCG/INHALATION POUDRE

02245385 SYMBICORT 100 TURBUHALER AZC

6MCG & 200MCG/INHALATION POUDRE

02245386 SYMBICORT 200 TURBUHALER AZC

FORMOTÉROL (FUMARATE DIHYDRATÉ), MOMÉTASONE (FUROATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'asthme chez les patients qui utilisent de façon optimale une thérapie de corticostéroïde inhalée et éprouvant des symptômes d'exacerbation nécessitant l'utilisation de broncho-dilatateur à action rapide et de courte durée.

5MCG & 100MCG/INHALATION AÉROSOL

02361752 ZENHALE FRS

5MCG & 200MCG/INHALATION AÉROSOL

02361760 ZENHALE FRS

5MCG & 50MCG/INHALATION AÉROSOL

02361744 ZENHALE FRS

INDACATÉROL MALÉATE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les patients qui:
• dont les symptômes ne sont pas adéquatement maitrisés avec l'ipratropium, le tiotropium ou un agent bêta2-agoniste à courte durée d'action; OU
• une MPOC modérée à grave et qui est documentée par la spirométrie.

75MCG CAPSULE

02376938 ONBREZ BREEZHALER NVR

12:12.08 AGONISTES BÊTA ADRÉNERGIQUES

OLODATEROL (CHLORHYDRATE DE), TIOTROPIUM MONOHYDRATÉ (BROMURE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les patients qui ont:
• une MPOC modérée à grave et qui est documentée par la spirométrie; ET
• une réponse inadéquate aux agonistes beta-2 à longue durée (LABA) ou un antagoniste muscarinique à longue durée (LAMA).

2.5MCG & 2.5MCG SOLUTION

02441888	INSPIOLTO RESPIMAT	BOE

ORCIPRÉNALINE (SULFATE D')

2MG/ML SIROP

02236783	ORCIPRENALINE	AAP

SALBUTAMOL SULFATE

100MCG/INHALATION AÉROSOL

02232570	AIROMIR	VAE
02245669	APO-SALVENT CFC FREE	APX
02419858	SALBUTAMOL HFA	SAN
02326450	TEVA-SALBUTAMOL HFA	TEV
02241497	VENTOLIN HFA	GSK

2MG COMPRIMÉ

02146843	APO-SALVENT	APX

4MG COMPRIMÉ

02146851	APO-SALVENT	APX

0.5MG/ML SOLUTION

02208245	PMS-SALBUTAMOL	PMS
02239365	RATIO-SALBUTAMOL	TEV

1MG/ML SOLUTION

02216949	DOM-SALBUTAMOL	DPC
02208229	PMS-SALBUTAMOL	PMS
01986864	RATIO-SALBUTAMOL	TEV
01926934	TEVA-SALBUTAMOL	TEV
02213419	VENTOLIN P.F	GSK

2MG/ML SOLUTION

02208237	PMS-SALBUTAMOL	PMS
02173360	TEVA-SALBUTAMOL	TEV
02213427	VENTOLIN P.F	GSK

5MG/ML SOLUTION

02139324	DOM-SALBUTAMOL INH	DPC
00860808	RATIO-SALBUTAMOL	TEV
02213486	VENTOLIN RESPIRATOR	GSK

12:12.08 AGONISTES BÊTA ADRÉNERGIQUES

SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'asthme chez les patients qui utilisent de façon optimale une thérapie de corticostéroïde inhalée et éprouvant des symptômes d'exacerbation nécessitant l'utilisation de broncho-dilatateur de début d'action rapide et de courte durée.
OU
Pour le traitement de la MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique) chez les patients dont les symptômes ne sont pas adéquatement maitrisés avec l'ipratropium, le tiotropium ou un agent bêta2-agoniste à courte durée d'action.

50MCG/INHALATION POUDRE

02214261	SEREVENT DISKHALER	GSK
02231129	SEREVENT DISKUS	GSK

SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE), FLUTICASONE (PROPIONATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

• Pour le traitement de l'asthme dont l'état n'est pas contrôlé adéquatement avec une dose moyenne d'un corticostéroïde en inhalation utilisé seul (par exemple le fluticasone à la dose de 251 ou 500 mcg par jour ou un équivalent), et qui nécessitent qu'un agoniste beta-2 à longue durée d'action soit ajouté. Les patients qui utilisent des produits en association doivent aussi avoir accès à un bronchodilatateur à courte action pour le soulagement de leur symptôme.
OU
Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les patients qui ont:
• une MPOC modérée à grave et qui est documentée par la spirométrie; OU
• une réponse inadéquate aux agonistes beta-2 à longue durée (LABA) ou à un antagoniste muscarinique à longue durée (LAMA).

25MCG & 125MCG AÉROSOL

02245126	ADVAIR 125	GSK

25MCG & 250MCG AÉROSOL

02245127	ADVAIR 250	GSK

50MCG & 100MCG POUDRE

02240835	ADVAIR 100 DISKUS	GSK

50MCG & 250MCG POUDRE

02240836	ADVAIR 250 DISKUS	GSK

50MCG & 500MCG POUDRE

02240837	ADVAIR 500 DISKUS	GSK

TERBUTALINE (SULFATE DE)

500MCG/INHALATION POUDRE

00786616	BRICANYL TURBUHALER	AZC

12:12.12 AGONISTES ALPHA ET BÊTA ADRÉNERGIQUES

ÉPINÉPHRINE

0.15MG SOLUTION

02382059	ALLERJECT	KAL

0.3MG SOLUTION

02382067	ALLERJECT	KAL

12:12.12 AGONISTES ALPHA ET BÊTA ADRÉNERGIQUES

ÉPINÉPHRINE

0.5MG/ML SOLUTION

00578657	EPIPEN JR	MYL

1MG/ML SOLUTION

00155357	ADRENALIN	ERF
00721891	EPINEPHRINE	PFI
00509558	EPIPEN	MYL

12:16.00 SYMPATHOLYTIQUES

DIHYDROERGOTAMINE (MÉSILATE DE)

1MG/ML LIQUIDE

00027243	DIHYDROERGOTAMINE	RAX

4MG/ML LIQUIDE

02228947	MIGRANAL	RAX

12:16.04 ALPHA BLOQUANTS

ALFUZOSINE (CHLORHYDRATE D')

ST 10MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02414759	ALFUZOSIN	PDL
02447576	ALFUZOSIN	SIV
02315866	APO-ALFUZOSIN	APX
02443201	AURO-ALFUZOSIN	AUR
02304678	SANDOZ ALFUZOSIN	SDZ
02314282	TEVA-ALFUZOSIN PR	TEV
02245565	XATRAL	SAC

TAMSULOSINE (CHLORHYDRATE DE)

ST 0.4MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)

02294265	RATIO-TAMSULOSIN	TEV
09857334	RATIO-TAMSULOSIN ER	RPH
02319217	SANDOZ TAMSULOSIN	SDZ
02281392	TEVA-TAMSULOSIN	TEV

ST 0.4MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02362406	APO-TAMSULOSIN	APX
02270102	FLOMAX	BOE
02340208	SANDOZ TAMSULOSIN	SDZ
02413612	TAMSULOSIN	PDL
02427117	TAMSULOSIN	SAN
02429667	TAMSULOSIN	SIV
02368242	TEVA-TAMSULOSIN	TEV

12:20.04 RELAXANTS DES MUSCLES SQUELETTIQUES À ACTION CENTRALE

CYCLOBENZAPRINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Ce médicament est indiqué pour le soulagement de la douleur, en traitement aigu, des spasmes musculaires de l'appareil locomoteur. Le médicament sera couvert pour une dose totale de 60mg par jour, pour une période maximale de trois (3) semaines renouvelable aux deux (2) mois.

ST 10MG COMPRIMÉ

02177145	APO-CYCLOBENZAPRINE	APX
02348853	AURO-CYCLOBENZAPRINE	AUR
02220644	CYCLOBENZAPRINE	PDL

12:20.04 RELAXANTS DES MUSCLES SQUELETTIQUES À ACTION CENTRALE

CYCLOBENZAPRINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Ce médicament est indiqué pour le soulagement de la douleur, en traitement aigu, des spasmes musculaires de l'appareil locomoteur. Le médicament sera couvert pour une dose totale de 60mg par jour, pour une période maximale de trois (3) semaines renouvelable aux deux (2) mois.

ST 10MG COMPRIMÉ

02287064	CYCLOBENZAPRINE	SAN
02424584	CYCLOBENZAPRINE	SIV
02238633	DOM-CYCLOBENZAPRINE	DPC
02357127	JAMP-CYCLOBENZAPRINE	JMP
02231353	MYLAN-CYCLOBENZAPRINE	MYL
02212048	PMS-CYCLOBENZAPRINE	PMS
02242079	RIVA-CYCLOBENZAPRINE	RIV
02080052	TEVA-CYCLOBENZAPRINE	TEV

TIZANIDINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la spasticité chez les patients souffrant de sclérose en plaques qui n'ont pas obtenu de bons résultats avec le baclofen ou qui sont incapables de tolérer ce produit.

4MG COMPRIMÉ

02239170	PAL-TIZANIDINE	PAL
02259893	TIZANIDINE	AAP

12:20.08 RELAXANTS DES MUSCLES SQUELETTIQUES À ACTION DIRECTE

DANTROLÈNE SODIQUE

25MG CAPSULE

01997602	DANTRIUM	PPH

12:20.12 RELAXANTS DES MUSCLES SQUELETTIQUES À ACTION DIRECTE

BACLOFÈNE

ST 10MG COMPRIMÉ

02139332	APO-BACLOFEN	APX
02152584	BACLOFEN	PDL
02287021	BACLOFEN	SAN
02138271	DOM-BACLOFEN	DPC
00455881	LIORESAL	NVR
02088398	MYLAN-BACLOFEN	MYL
02063735	PMS-BACLOFEN	PMS
02236507	RATIO-BACLOFEN	TEV
02242150	RIVA-BACLOFEN	RIV

ST 20MG COMPRIMÉ

02139391	APO-BACLOFEN	APX
02152592	BACLOFEN	PDL
02287048	BACLOFEN	SAN
02138298	DOM-BACLOFEN	DPC

12:20.12 RELAXANTS DES MUSCLES SQUELETTIQUES À ACTION DIRECTE

BACLOFÈNE

[ST] 20MG COMPRIMÉ		
00636576	LIORESAL	NVR
02088401	MYLAN-BACLOFEN	MYL
02063743	PMS-BACLOFEN	PMS
02236508	RATIO-BACLOFEN	TEV
02242151	RIVA-BACLOFEN	RIV
PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES		
99503011	BACLOFÈNE LIQUIDE ORALE	UNK

12:92.00 DIVERS MÉDICAMENTS DU SYSTÈME NERVEUX AUTONOME

NICOTINE (GOMME À MÂCHER)

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Auxiliaire temporaire au tabagisme:
Le produit sera fourni en quantité pouvant aller jusqu'à 945 gommes à mâcher ou pastilles sur une période d'une année. La période d'un an débute le jour de la première ordonnance. Lorsque la quantité de 945 gommes à mâcher ou pastilles sera atteinte, le client sera de nouveau admissible pour la gomme ou les pastilles à la nicotine lorsqu'une année se sera écoulée depuis le jour où l'ordonnance initiale a été remplie.

[ST] 2MG GOMME À MÂCHER		
80015240	GOMME NICOTINE POLACRILEX RUGBY	ACG
80000396	GOMME THRIVE	GSK
02091933	NICORETTE GOMME	KIM
[ST] 4MG GOMME À MÂCHER		
80000118	GOMME NICOTINE	PER
80000402	GOMME THRIVE	NVC
02091941	NICORETTE GOMME	KIM

NICOTINE (INHALATEUR)

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Auxiliaire temporaire au tabagisme:
Le produit sera fourni en quantité pouvant aller jusqu'à 945 sur une période d'une année. La période d'un an débute le jour de la première ordonnance. Lorsque la quantité de 945 gommes à mâcher ou pastilles sera atteinte, le client sera de nouveau admissible pour la gomme ou les pastilles à la nicotine lorsqu'une année se sera écoulée depuis le jour où l'ordonnance initiale a été remplie.

[ST] 10MG VAPORISATEUR		
02241742	INHALATEUR NICORETTE	KIM

12:92.00 DIVERS MÉDICAMENTS DU SYSTÈME NERVEUX AUTONOME

NICOTINE (PASTILLE)

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Auxiliaire temporaire au tabagisme:
Le produit sera fourni en quantité pouvant aller jusqu'à 945 gommes à mâcher ou pastilles sur une période d'une année. La période d'un an débute le jour de la première ordonnance. Lorsque la quantité de 945 gommes à mâcher ou pastilles sera atteinte, le client sera de nouveau admissible pour la gomme ou les pastilles à la nicotine lorsqu'une année se sera écoulée depuis le jour où l'ordonnance initiale a été remplie.

[ST] 1MG PASTILLE		
80007461	PASTILLES NICOTINE THRIVE	NVC
[ST] 2MG PASTILLE		
02247347	PASTILLES NICORETTE	KIM
80007464	PASTILLES NICOTINE THRIVE	NVC
[ST] 4MG PASTILLE		
02247348	PASTILLES NICORETTE	KIM

NICOTINE (TIMBRE CUTANÉ)

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Auxiliaire temporaire au tabagisme:
Les timbres à la nicotine seront fournis en quantité pouvant aller jusqu'au nombre spécifié plus bas selon le produit, sur une période d'une année. La période d'un an débute le jour de la première ordonnance.
Les clients du Programme des SSNA peuvent recevoir:
- jusqu'à 252 timbres de nicotine par période de 12 mois de n'importe quelles marques qui figurent à la liste de médicaments; ET
- UN traitement au moyen d'un produit de remplacement de la nicotine pris selon les besoins (gomme à mâcher, pastilles ou inhalateur) par période de 12 mois; ET
- jusqu'à 180 comprimés de Zyban par période de 12 mois; ET
- jusqu'à 165 comprimés de Champix par période de 12 mois.

Lorsque cette quantité sera atteinte, le client sera de nouveau admissible pour les timbres à la nicotine lorsqu'une année se sera écoulée depuis le jour où l'ordonnance initiale a été remplie.

[ST] 5MG TIMBRE CUTANÉ		
02028697	NICOTROL TIMBRE	UNK
[ST] 7MG TIMBRE CUTANÉ		
01943057	HABITROL	NVC
80044393	TIMBRE NICOTINE	ACG
[ST] 10MG TIMBRE CUTANÉ		
02029405	NICOTROL TIMBRE	UNK
[ST] 14MG TIMBRE CUTANÉ		
01943065	HABITROL	NVC
80013549	TIMBRE NICOTINE	ADD
80044392	TIMBRE NICOTINE	ACG
[ST] 15MG TIMBRE CUTANÉ		
02029413	NICOTROL TIMBRE	UNK
[ST] 18MG TIMBRE CUTANÉ		
02241227	TRANSDERMAL NICOTINE PATCHDAY	NVC

12:92.00 DIVERS MÉDICAMENTS DU SYSTÈME NERVEUX AUTONOME

NICOTINE (TIMBRE CUTANÉ)

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Auxiliaire temporaire au tabagisme:
Les timbres à la nicotine seront fournis en quantité pouvant aller jusqu'au nombre spécifié plus bas selon le produit, sur une période d'une année. La période d'un an débute le jour de la première ordonnance.
Les clients du Programme des SSNA peuvent recevoir:
- jusqu'à 252 timbres de nicotine par période de 12 mois de n'importe quelles marques qui figurent à la liste de médicaments; ET
- UN traitement au moyen d'un produit de remplacement de la nicotine prit selon les besoins (gomme à mâcher, pastilles ou inhalateur) par période de 12 mois; ET
- jusqu'à 180 comprimés de Zyban par période de 12 mois; ET
- jusqu'à 165 comprimés de Champix par période de 12 mois.

Lorsque cette quantité sera atteinte, le client sera de nouveau admissible pour les timbres à la nicotine lorsqu'une année se sera écoulée depuis le jour où l'ordonnance initiale a été remplie.

SF 21MG TIMBRE CUTANÉ		
01943073	HABITROL	NVC
80014250	TIMBRE NICOTINE	ADD
80044389	TIMBRE NICOTINE	ACG
SF 35MG TIMBRE CUTANÉ		
02241226	TRANSDERMAL NICOTINE PATCHDAY	NVC
SF 36MG TIMBRE CUTANÉ		
02093111	NICODERM TIMBRE	KIM
SF 53MG TIMBRE CUTANÉ		
02241228	TRANSDERMAL NICOTINE PATCHDAY	NVC
SF 78MG TIMBRE CUTANÉ		
02093138	NICODERM TIMBRE	KIM
SF 114MG TIMBRE CUTANÉ		
02093146	NICODERM TIMBRE	KIM

VARENICLINE (TARTRATE DE)

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Le produit sera fourni en quantité pouvant aller jusqu'à 165 comprimés sur une période d'une année. La période d'un an débute le jour de la première ordonnance. Lorsque la quantité de 165 comprimés sera atteinte, le bénéficiaire sera de nouveau admissible au traitement au varénicline (Champix®) lorsqu'une année se sera écoulée depuis le jour où l'ordonnance initiale a été remplie.

SF 0.5MG COMPRIMÉ		
02291177	CHAMPIX	PFI
SF 0.5MG & 1MG COMPRIMÉ		
02298309	CHAMPIX TROUSSE DE DÉPART	PFI
SF 1MG COMPRIMÉ		
02291185	CHAMPIX	PFI

20:00 FORMATION ET COAGULATION SANGUINE ET THROMBOSE

20:04.04 PRÉPARATIONS DE FER

FER

100MG CAPSULE

80024232	JAMP-FER	JMP

12.5MG/ML LIQUIDE

02243333	FERRLECIT	SAC

FER DEXTRAN

50MG/ML LIQUIDE

02205963	DEXIRON	LUI
02221780	INFUFER	SDZ

FER SUCROSE

20MG/ML LIQUIDE

02243716	VENOFER	LUI

PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES

99506015	FER SUCROSE INFUSION STERILE	UNK

FUMARATE FERREUX

300MG CAPSULE

02237556	EUROFER	EUR
00482064	NEO-FER	NEB
01923420	PALAFER	VAE

100MG COMPRIMÉ

80024544	JAMP FERROUS FUMARATE	JMP

300MG COMPRIMÉ

00031089	FERROUS FUMARATE	WAM

20MG SUSPENSION

80029822	JAMP-FERROUS FUMARATE	JMP

60MG/ML SUSPENSION

01923439	PALAFER	VAE

300MG/5ML SUSPENSION

02246590	FERRATE	EUR

GLUCONATE FERREUX

300MG COMPRIMÉ

00545031	APO-FERROUS GLUCONATE	APX
00031097	FERROUS GLUCONATE	JMP
00041157	FERROUS GLUCONATE	ADA
02244532	FERROUS GLUCONATE	PMT
80000435	FERROUS GLUCONATE	NUR
80002426	FERROUS GLUCONATE	WNP
80006316	FERROUS GLUCONATE	GFP
80009681	WAMPOLE FERROUS GLUCONATE	WAM

324MG COMPRIMÉ

00582727	IRON FERROUS GLUCONATE	VTH

POLYSACCHARIDE COMPLEXE-FER

Médicament à usage restreint (autorisation préalable non nécessaire).

Pour les enfants de 12 ans et moins.

15MG POUDRE

80033717	FERAMAX POWDER WATER SOLUBLE POLYSACCHARIDE IRON COMPLEX	BSY

20:04.04 PRÉPARATIONS DE FER

SULFATE FERREUX

60MG COMPRIMÉ

80012039	IRON	WNP

300MG COMPRIMÉ

02246733	EURO-FERROUS SULFATE	EUR
02248699	FERODAN	ODN
00346918	FERROUS SULFATE	PMT
00782114	FERROUS SULFATE	VTH
00031100	FERROUS SULPHATE	JMP
80057416	M-SULFATE FERREUX	MAN
00586323	PMS-FERROUS SULFATE	PMS

30MG/ML LIQUIDE

80008295	JAMP FERROUS SULFATE LIQUID5	JMP

75MG/ML LIQUIDE

00762954	ENFAMIL FERINSOL	MJO
80008309	JAMP FERROUS SULFATE	JMP

6MG/ML SOLUTION

00017884	ENFAMIL FERINSOL	MJO
02242863	PEDIAFER	EUR

15MG/ML SOLUTION

02237385	FERODAN INFANT DROPS	ODN
02232202	PEDIAFER	EUR
02222574	PMS-FERROUS SULFATE	PMS

30MG/ML SOLUTION

00758469	FERODAN	ODN
00792675	PMS-FERROUS SULFATE	PMS

125MG/ML SOLUTION

00816035	PMS-FERROUS SULFATE	PMS

20:12.04 ANTICOAGULANTS

ACÉNOCOUMAROL

1MG COMPRIMÉ

00010383	SINTROM	PAL

4MG COMPRIMÉ

00010391	SINTROM	PAL

20:12.04 ANTICOAGULANTS

APIXABAN

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour la prévention de l'accident vasculaire cérébral (AVC) et de l'embolie systémique chez les patients à risque (un score CHADS2 de ≥1) qui présentent une fibrillation auriculaire non valvulaire ET qui sont dans l'une des situations suivantes:
• Un traitement anticoagulant s'est avéré non efficace (résultats de mesure du RIN se situent en dehors de l'intervalle souhaité dans au moins 35% des mesures réalisées pendant la période de suivi) au bout d'un essai de deux mois avec la warfarine; OU
• Le traitement anticoagulant à la warfarine est contre indiqué; OU
• Le traitement anticoagulant à la warfarine n'est pas possible en raison d'une incapacité à suivre régulièrement l'état du patient au moyen de mesures du rapport international normalisé (RIN) (c.-à-d. aucun accès à des services de mesure du RIN dans un laboratoire, une clinique, une pharmacie ou à domicile).

OU

Pour le traitement de la thrombose veineuse profonde (TVP) OU embolie pulmonaire (EP).

[ST] **2.5MG COMPRIMÉ**

02377233	ELIQUIS	BMS

[ST] **5MG COMPRIMÉ**

02397714	ELIQUIS	BMS

DABIGATRAN ETEXILATE MESILATE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour la prévention de l'accident vasculaire cérébral (AVC) et de l'embolie systémique chez les patients à risque (un score CHADS2 de ≥1) qui présentent une fibrillation auriculaire non valvulaire ET qui sont dans l'une des situations suivantes:
• Un traitement anticoagulant s'est avéré non efficace (résultats de mesure du RIN se situent en dehors de l'intervalle souhaité dans au moins 35% des mesures réalisées pendant la période de suivi) au bout d'un essai de deux mois avec la warfarine; OU
• Le traitement anticoagulant à la warfarine est contre indiqué; OU
• Le traitement anticoagulant à la warfarine n'est pas possible en raison d'une incapacité à suivre régulièrement l'état du patient au moyen de mesures du rapport international normalisé (RIN) (c.-à-d. aucun accès à des services de mesure du RIN dans un laboratoire, une clinique, une pharmacie ou à domicile).

[ST] **110MG CAPSULE**

02312441	PRADAXA	BOE

[ST] **150MG CAPSULE**

02358808	PRADAXA	BOE

DALTÉPARINE SODIQUE

2,500IU/0.2ML SOLUTION

02132621	FRAGMIN	PFI

3,500IU/0.28ML SOLUTION

02430789	FRAGMIN	PFI

5,000IU/0.2ML SOLUTION

02132648	FRAGMIN	PFI

20:12.04 ANTICOAGULANTS

DALTÉPARINE SODIQUE

7,500IU/0.3ML SOLUTION

02352648	FRAGMIN	PFI

10,000IU/0.4ML SOLUTION

02352656	FRAGMIN	PFI

10,000IU/ML SOLUTION

02132664	FRAGMIN	PFI

12,500IU/0.5ML SOLUTION

02352664	FRAGMIN	PFI

15,000IU/0.6ML SOLUTION

02352672	FRAGMIN	PFI

18,000IU/0.72ML SOLUTION

02352680	FRAGMIN	PFI

25,000IU/ML SOLUTION

02231171	FRAGMIN	PFI

ÉNOXAPARINE SODIQUE

30MG/0.3ML SOLUTION

02012472	LOVENOX	SAC

40MG/0.4ML SOLUTION

02236883	LOVENOX	SAC

60MG/0.6ML SOLUTION

02378426	LOVENOX	SAC

80MG/0.8ML SOLUTION

02378434	LOVENOX	SAC

100MG/1ML SOLUTION

02378442	LOVENOX	SAC

150MG/1.0ML SOLUTION

02242692	LOVENOX HP	SAC

150MG/ML SOLUTION

02378469	LOVENOX HP	SAC

300MG/3ML SOLUTION

02236564	LOVENOX	SAC

HÉPARINE SODIQUE

100U/ML LIQUIDE

00727520	HEPARIN LEO	LEO

1,000U/ML LIQUIDE

00453811	HEPARIN LEO	LEO

10 U/ML SOLUTION

00725323	HEPARIN LOCK FLUSH	HOS

100 U/ML SOLUTION

00725315	HEPARIN LOCK FLUSH	HOS

1,000 U/ML SOLUTION

02303086	HEPARIN SODIUM (MULTIDOSE VIAL-WITH PRESERVATIVE)	SDZ

10,000 U/ML SOLUTION

02303108	HEPARIN SODIUM (MULTIDOSE VIAL-WITH PRESERVATIVE)	SDZ
02303094	HEPARIN SODIUM (SINGLE USE VIAL-PRESERVATIVE FREE)	SDZ

5000U SOLUTION

02456958	HEPARIN SODIUM	UNK

10,000U SOLUTION

02392453	HEPARIN SODIUM	FKD

20:12.04 ANTICOAGULANTS

NADROPARINE CALCIQUE

9,500IU/ML SOLUTION

02236913	FRAXIPARINE	ASP

19,000IU/ML SOLUTION

02240114	FRAXIPARINE FORTE	ASP

RIVAROXABAN

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critères concernant le rivaroxaban en comprimés de 15 mg et de 20 mg (Xarelto), prescrit pour la prévention de l'accident vasculaire cérébral en présence de fibrillation auriculaire (SPAF)
Pour la prévention de l'accident vasculaire cérébral (AVC) et de l'embolie systémique chez les patients à risque (un score CHADS2 de ≥1) qui présentent une fibrillation auriculaire non valvulaire ET qui sont dans l'une des situations suivantes:
• Un traitement anticoagulant s'est avéré non efficace (résultats de mesure du RIN se situent en dehors de l'intervalle souhaité dans au moins 35% des mesures réalisées pendant la période de suivi) au bout d'un essai de deux mois avec la warfarine; OU
• Un traitement anticoagulant à la warfarine est contre indiqué; Veuillez préciser; OU
• Un traitement anticoagulant n'est pas possible en raison d'une incapacité à suivre régulièrement l'état du patient au moyen de dosages du rapport international normalisé (RIN) (c. à d. aucun accès à des services de dosage du RIN dans un laboratoire, dans une clinique, dans une pharmacie ou à domicile)

Critères concernant le rivaroxaban en comprimés de 15 mg et de 20 mg (Xarelto)
Pour le traitement de la thrombose veineuse profonde (TVP) OU embolie pulmonaire (EP).

ST 10MG COMPRIMÉ

02316986	XARELTO	BAY

ST 15MG COMPRIMÉ

02378604	XARELTO	BAY

ST 20MG COMPRIMÉ

02378612	XARELTO	BAY

TINZAPARINE SODIQUE

2,500IU/0.25ML SOLUTION

02229755	INNOHEP	LEO

3,500IU/0.35ML SOLUTION

02358158	INNOHEP	LEO

4,500IU/0.45ML SOLUTION

02358166	INNOHEP	LEO

8,000IU/0.4ML SOLUTION

02429462	INNOHEP	LEO

10,000IU/0.5ML SOLUTION

02231478	INNOHEP	LEO

10,000IU/ML SOLUTION

02167840	INNOHEP	LEO

12,000IU/0.6ML SOLUTION

02429470	INNOHEP	LEO

14,000IU/0.7ML SOLUTION

02358174	INNOHEP	LEO

16,000IU/0.8ML SOLUTION

02429489	INNOHEP	LEO

20:12.04 ANTICOAGULANTS

TINZAPARINE SODIQUE

18,000IU/0.9ML SOLUTION

02358182	INNOHEP	LEO

20,000IU/ML SOLUTION

02229515	INNOHEP	LEO

WARFARINE SODIQUE

ST 1MG COMPRIMÉ

02242924	APO-WARFARIN	APX
01918311	COUMADIN	BMS
02242680	TARO-WARFARIN	TAR

ST 2MG COMPRIMÉ

02242925	APO-WARFARIN	APX
01918338	COUMADIN	BMS
02242681	TARO-WARFARIN	TAR

ST 2.5MG COMPRIMÉ

02242926	APO-WARFARIN	APX
01918346	COUMADIN	BMS
02242682	TARO-WARFARIN	TAR

ST 3MG COMPRIMÉ

02245618	APO-WARFARIN	APX
02240205	COUMADIN	BMS
02242683	TARO-WARFARIN	TAR

ST 4MG COMPRIMÉ

02242927	APO-WARFARIN	APX
02007959	COUMADIN	BMS
02242684	TARO-WARFARIN	TAR

ST 5MG COMPRIMÉ

02242928	APO-WARFARIN	APX
01918354	COUMADIN	BMS
02242685	TARO-WARFARIN	TAR

6MG COMPRIMÉ

02240206	COUMADIN	BMS
02242686	TARO-WARFARIN	TAR

ST 7.5MG COMPRIMÉ

02242697	TARO-WARFARIN	TAR

ST 10MG COMPRIMÉ

02242929	APO-WARFARIN	APX
01918362	COUMADIN	BMS
02242687	TARO-WARFARIN	TAR

20:12.14 INHIBITEURS DE L'AGREGATION PLAQUET

ANAGRELIDE (CHLORHYDRATE D')

ST 0.5MG CAPSULE

02236859	AGRYLIN	SHI
02274949	PMS-ANAGRELIDE	PMS
02260107	SANDOZ ANAGRELIDE	SDZ

20:12.18 INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

CLOPIDOGREL (BISULFATE DE)

ST 75MG COMPRIMÉ

02303027	ACT CLOPIDOGREL	ACG
02252767	APO-CLOPIDOGREL	APX
02416387	AURO-CLOPIDOGREL	AUR

20:12.18 INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

CLOPIDOGREL (BISULFATE DE)

75MG COMPRIMÉ

02385813	CLOPIDOGREL	SIV
02394820	CLOPIDOGREL	PDL
02400553	CLOPIDOGREL	SAN
02378507	DOM-CLOPIDOGREL	DPC
02415550	JAMP-CLOPIDOGREL	JMP
02422255	MAR-CLOPIDOGREL	MAR
02408910	MINT-CLOPIDOGREL	MIN
02238682	PLAVIX	SAC
02348004	PMS-CLOPIDOGREL	PMS
02379813	RAN-CLOPIDOGREL	RBY
02388529	RIVA-CLOPIDOGREL	RIV
02359316	SANDOZ CLOPIDOGREL	SDZ
02293161	TEVA-CLOPIDOGREL	TEV

TICAGRELOR

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Pour le traitement du syndrome coronaire aigu comme défini par une angine instable ou un infarctus du myocarde et lorsque le traitement de ticagrelor a été amorcé dans un hôpital en consultation avec un spécialiste en cardiologie, c.-à-d. un chirurgien cardiaque, un chirurgien cardiovasculaire et thoracique, un spécialiste en médecine interne ou un chirurgien général. Le traitement doit se faire en association avec une dose faible d'AAS. Une autorisation spéciale pourra être accordée pour une période de 12 mois.

90MG COMPRIMÉ

02368544	BRILINTA	AZC

TICLOPIDINE (CHLORHYDRATE DE)

250MG COMPRIMÉ

02236848	TEVA-TICLOPIDINE	TEV
02237701	TICLOPIDINE	AAP

20:16.00 HÉMATOPOÏÉTIQUES

FILGRASTIM

300MCG/ML INJECTION

09853464	NEUPOGEN (ON)	AMG
99001454	NEUPOGEN (QC)	AMG

300MCG SOLUTION

02441489	GRASTOFIL	APX

300MCG/ML SOLUTION

01968017	NEUPOGEN	AMG

480MCG SOLUTION

02454548	GRASTOFIL	APX

20:16.00 HÉMATOPOÏÉTIQUES

PEGFILGRASTIM

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

APPUI À LA CHIMIOTHÉRAPIE

Prophylaxie de première intention
Utilisation chez des patients n'ayant jamais été traités qui reçoivent une chimiothérapie modérément ou hautement myélosuppressive (c.-à-d. incidence de la neutropénie fébrile ≥ 40%). La neutropénie fébrile est définie comme une température ≥ 38,5 °C ou > 38,0 °C à trois reprises dans une période de 24 heures et une neutropénie caractérisée par une numération absolue des neutrophiles (NAN) < 0,5 x 109/L.

Prophylaxie de deuxième intention
Utilisation chez les patients recevant une chimiothérapie myélosuppressive qui ont eu un épisode de sepsis neutropénique fébrile ou de neutropénie profonde lors d'un cycle antérieur de chimiothérapie; OU
Utilisation chez les patients dont la dose a été réduite ou dont l'administration du traitement a été reportée de plus d'une semaine en raison d'une neutropénie.

La dose recommandée de pegfilgrastim est une injection sous-cutanée unique de 6 mg, administrée une fois par cycle de chimiothérapie. Le pegfilgrastim doit être administré au moins 24 heures après l'administration d'une chimiothérapie cytotoxique.

10MG/ML SOLUTION

02249790	NEULASTA	AMG

PLERIXAFOR

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour une utilisation en association avec le filgrastim en vue d'une mobilisation des cellules souches hématopoïétiques dans le but d'une transplantation autogénique future pour un patient qui souffre de:
• Lymphome non hodgkinien (LNH); OU
• Myélome multiple (MM);
ET
• Le Mozobil est prescrit par un oncologiste ou un hématologue.

ET les conditions suivantes sont remplies:
• Le compte des cellules PBCD34+ < 10 cellules/uL après 4 jours de filgrastim; OU
• Moins de 50% du niveau cible de CD34 est atteint au premier jour de l'aphérèse (après une mobilisation avec le filgrastim seul ou suivant une chimiothérapie); OU
• Dans le cas où il y a eu un échec de mobilisation avec le filgrastim seul ou suivant une chimiothérapie.

Le remboursement sera limité à un maximum de 4 doses (0.24mg/kg donnée par jour) pour une seule tentative de mobilisation.
La dose maximum pour une couverture de Mozobil est 40 mg par jour.

20MG SOLUTION

02377225	MOZOBIL	SAC

20:24.00 HÉMORHÉOLOGIQUES

PENTOXIFYLLINE

400MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02230090	PENTOXIFYLLINE	AAP

20:28.16 HÉMOSTATIQUES

ACIDE TRANEXAMIQUE

500MG COMPRIMÉ

02064405	CYKLOKAPRON	PFI
02409097	GD-TRANEXAMIC ACID	PFI
02401231	TRANEXAMIC ACID	RAX

PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES

99503006	R-B TRANEXAMIQUE DENT	UNK

24:00 MÉDICAMENTS CARDIOVASCULAIRES

24:04.04 ANTIARYTMIQUES

AMIODARONE (CHLORHYDRATE D')

ST 100MG COMPRIMÉ

02292173	PMS-AMIODARONE	PMS

ST 200MG COMPRIMÉ

02364336	AMIODARONE	SAN
02385465	AMIODARONE	SIV
02246194	APO-AMIODARONE	APX
02246331	DOM-AMIODARONE	DPC
02240604	MYLAN-AMIODARONE	MYL
02242472	PMS-AMIODARONE	PMS
02309661	PRO-AMIODARONE	PDL
02247217	RIVA-AMIODARONE	RIV
02243836	SANDOZ AMIODARONE	SDZ
02239835	TEVA-AMIODARONE	TEV

ST PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES

99503016	AMIODARONE LIQUIDE ORALE	UNK

DISOPYRAMIDE

ST 100MG CAPSULE

02224801	RYTHMODAN	SAC

FLÉCAÏNIDE (ACÉTATE DE)

ST 50MG COMPRIMÉ

02275538	APO-FLECAINIDE	APX
02459957	AURO-FLECAINIDE	AUR
01966197	TAMBOCOR	VAE

ST 100MG COMPRIMÉ

02275546	APO-FLECAINIDE	APX
02459965	AURO-FLECAINIDE	AUR
01966200	TAMBOCOR	VAE

MEXILÉTINE (CHLORHYDRATE DE)

ST 100MG CAPSULE

02230359	TEVA-MEXILETINE	TEV

ST 200MG CAPSULE

02230360	TEVA-MEXILETINE	TEV

PROCAINAMIDE (CHLORHYDRATE DE)

ST 250MG CAPSULE

00713325	APO-PROCAINAMIDE	APX

ST 375MG CAPSULE

00713333	APO-PROCAINAMIDE	APX

ST 500MG CAPSULE

00713341	APO-PROCAINAMIDE	APX

ST 250MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

00638692	PROCAN SR	ERF

PROPAFÉNONE (CHLORHYDRATE DE)

ST 150MG COMPRIMÉ

02243324	APO-PROPAFENONE	APX
02457172	MYLAN-PROPAFENONE	MYL
02294559	PMS-PROPAFENONE	PMS
02343053	PROPAFENONE	SAN
00603708	RYTHMOL	BGP

24:04.04 ANTIARYTMIQUES

PROPAFÉNONE (CHLORHYDRATE DE)

ST 300MG COMPRIMÉ

02243325	APO-PROPAFENONE	APX
02457164	MYLAN-PROPAFENONE	MYL
02294575	PMS-PROPAFENONE	PMS
02343061	PROPAFENONE	SAN
00603716	RYTHMOL	BGP

24:04.08 CARDIOTONIQUES

DIGOXINE

ST 0.0625MG COMPRIMÉ

02335700	TOLOXIN	PED

ST 0.125MG COMPRIMÉ

02335719	TOLOXIN	PED

ST 0.250MG COMPRIMÉ

02335727	TOLOXIN	PED

ST 0.05MG/ML SOLUTION

02242320	TOLOXIN	PED

24:06.04 SÉQUESTRANTS DE L'ACIDE BILIAIRE

CHOLESTYRAMINE (RÉSINE DE)

ST 4G POUDRE POUR SUSPENSION

02455609	CHOLESTYRAMINE-ODAN	ODN
00890960	OLESTYR	PMS
02210320	OLESTYR	PMS

COLESEVELAM (CHLORHYDRATE DE)

ST 625MG COMPRIMÉ

02373955	LODALIS	VAE

ST 3.75G POUDRE POUR SUSPENSION

02432463	LODALIS	VAE

COLESTIPOL (CHLORHYDRATE DE)

ST 1G COMPRIMÉ

02132680	COLESTID	PFI

ST 5G GRANULES

00642975	COLESTID	PFI
02132699	COLESTID ORANGE	PFI

24:06.05 INHIBITEURS DE L'ABSORPTION DU CHOLESTÉROL

ÉZÉTIMIBE

ST 10MG COMPRIMÉ

02414716	ACT EZETIMIBE	ACG
02427826	APO-EZETIMIBE	APX
02422549	EZETIMIBE	PDL
02429659	EZETIMIBE	SIV
02431300	EZETIMIBE	SAN
02247521	EZETROL	FRS
02423235	JAMP-EZETIMIBE	JMP
02422662	MAR-EZETIMIBE	MAR
02467437	M-EZETIMIBE	MAN
02423243	MINT-EZETIMIBE	MIN
02416409	PMS-EZETIMIBE	PMS
02425238	PRIVA-EZETIMIBE	PHA
02419548	RAN-EZETIMIBE	RBY

24:06.05 INHIBITEURS DE L'ABSORPTION DU CHOLESTÉROL

ÉZÉTIMIBE

ST 10MG COMPRIMÉ

02424436	RIVA-EZETIMIBE	RIV
02416778	SANDOZ EZETIMIBE	SDZ
02354101	TEVA-EZETIMIBE	TEV

24:06.06 FIBRATES

BEZAFIBRATE

ST 200MG COMPRIMÉ

02240331	PMS-BEZAFIBRATE	PMS

ST 400MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02083523	BEZALIP SR	ACG
02453312	JAMP-BEZAFIBRATE	JMP

FÉNOFIBRATE

ST 67MG CAPSULE

02243180	APO-FENO-MICRO	APX

ST 100MG CAPSULE

02225980	APO-FENOFIBRATE	APX

ST 160MG CAPSULE

02250004	FENOMAX	CIP

ST 200MG CAPSULE

02239864	APO-FENO-MICRO	APX
02240360	FENO-MICRO	PDL
02250039	RATIO-FENOFIBRATE	TEV

ST 48MG COMPRIMÉ

02269074	LIPIDIL EZ	BGP
02390698	SANDOZ FENOFIBRATE E	SDZ

ST 100MG COMPRIMÉ

02246859	APO-FENO-SUPER	APX
02310228	PRO-FENO-SUPER	PDL
02288044	SANDOZ FENOFIBRATE S	SDZ
02289083	TEVA-FENOFIBRATE-S	TEV

ST 145MG COMPRIMÉ

02269082	LIPIDIL EZ	BGP
02465167	MINT-FENOFIBRATE E	MIN
02390701	SANDOZ FENOFIBRATE E	SDZ

ST 160MG COMPRIMÉ

02246860	APO-FENO-SUPER	APX
02241602	LIPIDIL SUPRA	BGP
02310236	PRO-FENO-SUPER	PDL
02288052	SANDOZ FENOFIBRATE S	SDZ
02289091	TEVA-FENOFIBRATE-S	TEV

GEMFIBROZIL

ST 300MG CAPSULE

01979574	APO-GEMFIBROZIL	APX
02241608	DOM-GEMFIBROZIL	DPC
02239951	PMS-GEMFIBROZIL	PMS
02241704	TEVA-GEMFIBROZIL	TEV

ST 600MG COMPRIMÉ

01979582	APO-GEMFIBROZIL	APX
02142074	TEVA-GEMFIBROZIL	TEV

24:06.08 INHIBITEURS DE L'HMG-COA RÉDUCTASE

ATORVASTATINE CALCIQUE

ST 10MG COMPRIMÉ

02295261	APO-ATORVASTATIN	APX
02346486	ATORVASTATIN	PDL
02348705	ATORVASTATIN	SAN
02387891	ATORVASTATIN	SIV
02396424	ATORVASTATIN	APX
02411350	ATORVASTATIN-10	SIV
02407256	AURO-ATORVASTATIN	AUR
02355612	DOM-ATORVASTATIN	DPC
02399482	DOM-ATORVASTATIN	DPC
02391058	JAMP-ATORVASTATIN	JMP
02230711	LIPITOR	PFI
02392933	MYLAN-ATORVASTATIN	MYL
02313448	PMS-ATORVASTATIN	PMS
02399377	PMS-ATORVASTATIN	PMS
02313707	RAN-ATORVASTATIN	RBY
02350297	RATIO-ATORVASTATIN	TEV
02417936	REDDY-ATORVASTATIN	REC
02422751	RIVA-ATORVASTATIN	RIV
02324946	SANDOZ ATORVASTATIN	SDZ
02310899	TEVA-ATORVASTATIN	TEV

ST 20MG COMPRIMÉ

02295288	APO-ATORVASTATIN	APX
02346494	ATORVASTATIN	PDL
02348713	ATORVASTATIN	SAN
02387905	ATORVASTATIN	SIV
02396432	ATORVASTATIN	APX
02411369	ATORVASTATIN-20	SIV
02407264	AURO-ATORVASTATIN	AUR
02355620	DOM-ATORVASTATIN	DPC
02399490	DOM-ATORVASTATIN	DPC
02391066	JAMP-ATORVASTATIN	JMP
02230713	LIPITOR	PFI
02392941	MYLAN-ATORVASTATIN	MYL
02313456	PMS-ATORVASTATIN	PMS
02399385	PMS-ATORVASTATIN	PMS
02313715	RAN-ATORVASTATIN	RBY
02350319	RATIO-ATORVASTATIN	TEV
02417944	REDDY-ATORVASTATIN	REC
02422778	RIVA-ATORVASTATIN	RIV
02324954	SANDOZ ATORVASTATIN	SDZ
02310902	TEVA-ATORVASTATIN	TEV

ST 40MG COMPRIMÉ

02295296	APO-ATORVASTATIN	APX
02346508	ATORVASTATIN	PDL
02348721	ATORVASTATIN	SAN
02387913	ATORVASTATIN	SIV
02396440	ATORVASTATIN	APX
02411377	ATORVASTATIN-40	SIV
02407272	AURO-ATORVASTATIN	AUR
02355639	DOM-ATORVASTATIN	DPC
02399504	DOM-ATORVASTATIN	DPC
02391074	JAMP-ATORVASTATIN	JMP
02230714	LIPITOR	PFI

24:06.08 INHIBITEURS DE L'HMG-COA RÉDUCTASE

ATORVASTATINE CALCIQUE

ST 40MG COMPRIMÉ

02392968	MYLAN-ATORVASTATIN	MYL
02313464	PMS-ATORVASTATIN	PMS
02399393	PMS-ATORVASTATIN	PMS
02313723	RAN-ATORVASTATIN	RBY
02350327	RATIO-ATORVASTATIN	TEV
02417952	REDDY-ATORVASTATIN	REC
02422786	RIVA-ATORVASTATIN	RIV
02324962	SANDOZ ATORVASTATIN	SDZ
02310910	TEVA-ATORVASTATIN	TEV

ST 80MG COMPRIMÉ

02295318	APO-ATORVASTATIN	APX
02346516	ATORVASTATIN	PDL
02348748	ATORVASTATIN	SAN
02387921	ATORVASTATIN	SIV
02396459	ATORVASTATIN	APX
02411385	ATORVASTATIN-80	SIV
02407280	AURO-ATORVASTATIN	AUR
02391082	JAMP-ATORVASTATIN	JMP
02243097	LIPITOR	PFI
02392976	MYLAN-ATORVASTATIN	MYL
02313472	PMS-ATORVASTATIN	PMS
02399407	PMS-ATORVASTATIN	PMS
02313758	RAN-ATORVASTATIN	RBY
02350335	RATIO-ATORVASTATIN	TEV
02417960	REDDY-ATORVASTATIN	REC
02422794	RIVA-ATORVASTATIN	RIV
02324970	SANDOZ ATORVASTATIN	SDZ
02310929	TEVA-ATORVASTATIN	TEV

FLUVASTATINE SODIQUE

ST 20MG CAPSULE

02061562	LESCOL	NVR
02400235	SANDOZ FLUVASTATIN	SDZ
02299224	TEVA-FLUVASTATIN	TEV

ST 40MG CAPSULE

02061570	LESCOL	NVR
02400243	SANDOZ FLUVASTATIN	SDZ
02299232	TEVA-FLUVASTATIN	TEV

ST 80MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02250527	LESCOL XL	NVR

LOVASTATINE

ST 20MG COMPRIMÉ

02248572	ACT LOVASTATIN	ACG
02220172	APO-LOVASTATIN	APX
02353229	LOVASTATIN	SAN
02246013	PMS-LOVASTATIN	PMS
02312670	PRO-LOVASTATIN	PDL
02272288	RIVA-LOVASTATIN	RIV
02247056	SANDOZ LOVASTATIN	SDZ
02246542	TEVA-LOVASTATIN	TEV

ST 40MG COMPRIMÉ

02248573	ACT LOVASTATIN	ACG
02220180	APO-LOVASTATIN	APX

24:06.08 INHIBITEURS DE L'HMG-COA RÉDUCTASE

LOVASTATINE

ST 40MG COMPRIMÉ

02353237	LOVASTATIN	SAN
02246014	PMS-LOVASTATIN	PMS
02312689	PRO-LOVASTATIN	PDL
02272296	RIVA-LOVASTATIN	RIV
02247057	SANDOZ LOVASTATIN	SDZ
02246543	TEVA-LOVASTATIN	TEV

PRAVASTATINE SODIQUE

ST 10MG COMPRIMÉ

02248182	ACT PRAVASTATIN	ACG
02243506	APO-PRAVASTATIN	APX
02446251	BIO-PRAVASTATIN	BMI
02249723	DOM-PRAVASTATIN	DPC
02330954	JAMP-PRAVASTATIN	JMP
02317451	MINT-PRAVASTATIN	MIN
02247655	PMS-PRAVASTATIN	PMS
02356546	PRAVASTATIN	SAN
02389703	PRAVASTATIN	SIV
02243824	PRAVASTATIN-10	PDL
02284421	RAN-PRAVASTATIN	RBY
02270234	RIVA-PRAVASTATIN	RIV
02247008	TEVA-PRAVASTATIN	TEV

ST 20MG COMPRIMÉ

02248183	ACT PRAVASTATIN	ACG
02243507	APO-PRAVASTATIN	APX
02446278	BIO-PRAVASTATIN	BMI
02249731	DOM-PRAVASTATIN	DPC
02330962	JAMP-PRAVASTATIN	JMP
02317478	MINT-PRAVASTATIN	MIN
02247656	PMS-PRAVASTATIN	PMS
00893757	PRAVACHOL	BMS
02356554	PRAVASTATIN	SAN
02389738	PRAVASTATIN	SIV
02243825	PRAVASTATIN-20	PDL
02284448	RAN-PRAVASTATIN	RBY
02270242	RIVA-PRAVASTATIN	RIV
02247009	TEVA-PRAVASTATIN	TEV

ST 40MG COMPRIMÉ

02248184	ACT PRAVASTATIN	ACG
02243508	APO-PRAVASTATIN	APX
02446286	BIO-PRAVASTATIN	BMI
02249758	DOM-PRAVASTATIN	DPC
02330970	JAMP-PRAVASTATIN	JMP
02317486	MINT-PRAVASTATIN	MIN
02247657	PMS-PRAVASTATIN	PMS
02222051	PRAVACHOL	BMS
02356562	PRAVASTATIN	SAN
02389746	PRAVASTATIN	SIV
02243826	PRAVASTATIN-40	PDL
02284456	RAN-PRAVASTATIN	RBY
02270250	RIVA-PRAVASTATIN	RIV
02247010	TEVA-PRAVASTATIN	TEV

24:06.08 INHIBITEURS DE L'HMG-COA RÉDUCTASE

ROSUVASTATINE CALCIQUE

ST 5MG COMPRIMÉ

02339765	ACT ROSUVASTATIN	ACG
02337975	APO-ROSUVASTATIN	APX
02442574	AURO-ROSUVASTATIN	AUR
02444968	BIO-ROSUVASTATIN	BMI
02265540	CRESTOR	AZC
02386704	DOM-ROSUVASTATIN	DPC
02391252	JAMP-ROSUVASTATIN	JMP
02413051	MAR-ROSUVASTATIN	MAR
02399164	MED-ROSUVASTATIN	GMP
02397781	MINT-ROSUVASTATIN	MIN
02381265	MYLAN-ROSUVASTATIN	MYL
02378523	PMS-ROSUVASTATIN	PMS
02382644	RAN-ROSUVASTATIN	RBY
02380013	RIVA-ROSUVASTATIN	RIV
02381176	ROSUVASTATIN	PDL
02389037	ROSUVASTATIN	SIV
02405628	ROSUVASTATIN	SAN
02411628	ROSUVASTATIN-5	SIV
02338726	SANDOZ ROSUVASTATIN	SDZ
02354608	TEVA-ROSUVASTATIN	TEV

ST 10MG COMPRIMÉ

02339773	ACT ROSUVASTATIN	ACG
02337983	APO-ROSUVASTATIN	APX
02442582	AURO-ROSUVASTATIN	AUR
02444976	BIO-ROSUVASTATIN	BMI
02247162	CRESTOR	AZC
02386712	DOM-ROSUVASTATIN	DPC
02391260	JAMP-ROSUVASTATIN	JMP
02413078	MAR-ROSUVASTATIN	MAR
02399172	MED-ROSUVASTATIN	GMP
02397803	MINT-ROSUVASTATIN	MIN
02378531	PMS-ROSUVASTATIN	PMS
02382652	RAN-ROSUVASTATIN	RBY
02380056	RIVA-ROSUVASTATIN	RIV
02381184	ROSUVASTATIN	PDL
02389045	ROSUVASTATIN	SIV
02405636	ROSUVASTATIN	SAN
02411636	ROSUVASTATIN-10	SIV
02338734	SANDOZ ROSUVASTATIN	SDZ
02354616	TEVA-ROSUVASTATIN	TEV

ST 20MG COMPRIMÉ

02339781	ACT ROSUVASTATIN	ACG
02337991	APO-ROSUVASTATIN	APX
02442590	AURO-ROSUVASTATIN	AUR
02444984	BIO-ROSUVASTATIN	BMI
02247163	CRESTOR	AZC
02386720	DOM-ROSUVASTATIN	DPC
02391279	JAMP-ROSUVASTATIN	JMP
02413086	MAR-ROSUVASTATIN	MAR
02399180	MED-ROSUVASTATIN	GMP
02397811	MINT-ROSUVASTATIN	MIN
02381281	MYLAN-ROSUVASTATIN	MYL
02378558	PMS-ROSUVASTATIN	PMS

24:06.08 INHIBITEURS DE L'HMG-COA RÉDUCTASE

ROSUVASTATINE CALCIQUE

ST 20MG COMPRIMÉ

02382660	RAN-ROSUVASTATIN	RBY
02380064	RIVA-ROSUVASTATIN	RIV
02381192	ROSUVASTATIN	PDL
02389053	ROSUVASTATIN	SIV
02405644	ROSUVASTATIN	SAN
02411644	ROSUVASTATIN-20	SIV
02338742	SANDOZ ROSUVASTATIN	SDZ
02354624	TEVA-ROSUVASTATIN	TEV

ST 40MG COMPRIMÉ

02339803	ACT ROSUVASTATIN	ACG
02338009	APO-ROSUVASTATIN	APX
02442604	AURO-ROSUVASTATIN	AUR
02444992	BIO-ROSUVASTATIN	BMI
02247164	CRESTOR	AZC
02391287	JAMP-ROSUVASTATIN	JMP
02413108	MAR-ROSUVASTATIN	MAR
02399199	MED-ROSUVASTATIN	GMP
02397838	MINT-ROSUVASTATIN	MIN
02381303	MYLAN-ROSUVASTATIN	MYL
02378566	PMS-ROSUVASTATIN	PMS
02382679	RAN-ROSUVASTATIN	RBY
02380102	RIVA-ROSUVASTATIN	RIV
02381206	ROSUVASTATIN	PDL
02389061	ROSUVASTATIN	SIV
02405652	ROSUVASTATIN	SAN
02411652	ROSUVASTATIN-40	SIV
02338750	SANDOZ ROSUVASTATIN	SDZ
02354632	TEVA-ROSUVASTATIN	TEV

SIMVASTATINE

ST 5MG COMPRIMÉ

02248103	ACT SIMVASTATIN	ACG
02247011	APO-SIMVASTATIN	APX
02405148	AURO-SIMVASTATIN	AUR
02253747	DOM-SIMVASTATIN	DPC
02281619	DOM-SIMVASTATIN	DPC
02375591	JAMP-SIMVASTATIN	JMP
02375036	MAR-SIMVASTATIN	MAR
02372932	MINT-SIMVASTATIN	MIN
02246582	MYLAN-SIMVASTATIN	MYL
02269252	PMS-SIMVASTATIN	PMS
02329131	RAN-SIMVASTATIN	RBY
02247297	RIVA-SIMVASTATIN	RIV
02247827	SANDOZ SIMVASTATIN	SDZ
02284723	SIMVASTATIN	SAN
02386291	SIMVASTATIN	SIV
02250144	TEVA-SIMVASTATIN	TEV

ST 10MG COMPRIMÉ

02248104	ACT SIMVASTATIN	ACG
02247012	APO-SIMVASTATIN	APX
02405156	AURO-SIMVASTATIN	AUR
02253755	DOM-SIMVASTATIN	DPC
02281627	DOM-SIMVASTATIN	DPC

24:06.08 INHIBITEURS DE L'HMG-COA RÉDUCTASE

SIMVASTATINE

ST 10MG COMPRIMÉ

02375605	JAMP-SIMVASTATIN	JMP
02375044	MAR-SIMVASTATIN	MAR
02372940	MINT-SIMVASTATIN	MIN
02246583	MYLAN-SIMVASTATIN	MYL
02269260	PMS-SIMVASTATIN	PMS
02329158	RAN-SIMVASTATIN	RBY
02247298	RIVA-SIMVASTATIN	RIV
02247828	SANDOZ SIMVASTATIN	SDZ
02284731	SIMVASTATIN	SAN
02386305	SIMVASTATIN	SIV
02247221	SIMVASTATIN-10	PDL
02250152	TEVA-SIMVASTATIN	TEV
00884332	ZOCOR	FRS

ST 20MG COMPRIMÉ

02248105	ACT SIMVASTATIN	ACG
02247013	APO-SIMVASTATIN	APX
02405164	AURO-SIMVASTATIN	AUR
02253763	DOM-SIMVASTATIN	DPC
02281635	DOM-SIMVASTATIN	DPC
02375613	JAMP-SIMVASTATIN	JMP
02375052	MAR-SIMVASTATIN	MAR
02372959	MINT-SIMVASTATIN	MIN
02246737	MYLAN-SIMVASTATIN	MYL
02469995	PHARMA-SIMVASTATIN	PMS
02269279	PMS-SIMVASTATIN	PMS
02329166	RAN-SIMVASTATIN	RBY
02247299	RIVA-SIMVASTATIN	RIV
02247830	SANDOZ SIMVASTATIN	SDZ
02284758	SIMVASTATIN	SAN
02386313	SIMVASTATIN	SIV
02247222	SIMVASTATIN-20	PDL
02250160	TEVA-SIMVASTATIN	TEV
00884340	ZOCOR	FRS

ST 40MG COMPRIMÉ

02248106	ACT SIMVASTATIN	ACG
02247014	APO-SIMVASTATIN	APX
02405172	AURO-SIMVASTATIN	AUR
02253771	DOM-SIMVASTATIN	DPC
02281643	DOM-SIMVASTATIN	DPC
02375621	JAMP-SIMVASTATIN	JMP
02375060	MAR-SIMVASTATIN	MAR
02372967	MINT-SIMVASTATIN	MIN
02246584	MYLAN-SIMVASTATIN	MYL
02470004	PHARMA-SIMVASTATIN	PMS
02269287	PMS-SIMVASTATIN	PMS
02329174	RAN-SIMVASTATIN	RBY
02247300	RIVA-SIMVASTATIN	RIV
02247831	SANDOZ SIMVASTATIN	SDZ
02284766	SIMVASTATIN	SAN
02386321	SIMVASTATIN	SIV
02247223	SIMVASTATIN-40	PDL
02250179	TEVA-SIMVASTATIN	TEV
00884359	ZOCOR	FRS

24:06.08 INHIBITEURS DE L'HMG-COA RÉDUCTASE

SIMVASTATINE

ST 80MG COMPRIMÉ

02248107	ACT SIMVASTATIN	ACG
02247015	APO-SIMVASTATIN	APX
02405180	AURO-SIMVASTATIN	AUR
02253798	DOM-SIMVASTATIN	DPC
02281651	DOM-SIMVASTATIN	DPC
02375648	JAMP-SIMVASTATIN	JMP
02375079	MAR-SIMVASTATIN	MAR
02372975	MINT-SIMVASTATIN	MIN
02246585	MYLAN-SIMVASTATIN	MYL
02269295	PMS-SIMVASTATIN	PMS
02329182	RAN-SIMVASTATIN	RBY
02247301	RIVA-SIMVASTATIN	RIV
02247833	SANDOZ SIMVASTATIN	SDZ
02284774	SIMVASTATIN	SAN
02386348	SIMVASTATIN	SIV
02247224	SIMVASTATIN-80	PDL
02250187	TEVA-SIMVASTATIN	TEV

24:06.24

EVOLOCUMAB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critères pour une couverture initiale (approbation pour 12 semaines):
Pour les patients adultes atteints d'hypercholestérolémie familiale (HF) hétérozygote qui nécessitent une diminution supplémentaire du cholestérol des lipoprotéines de faible densité (C-LDL) si les critères cliniques suivants sont respectés:
• Diagnostic définitif ou probable de HF hétérozygote en utilisant les critères de Simon Broome ou Dutch Lipid Network ou des tests génétiques; ET
• Le patient est incapable d'atteindre une cible C-LDL <2,0 mmol / L pour la prévention secondaire des MCV, ou au moins une réduction de 50% du C-LDL à partir du taux de base non traité pour la prévention primaire malgré:
- Confirmation de la compliance à une statine à forte dose (par exemple, l'atorvastatine 80 mg ou la rosuvastatine 40 mg) en association avec l'ézétimibe pendant au moins 3 mois de traitement continu;
OU
- Le patient est incapable de tolérer au moins deux statines, au moins une statine étant amorcée à la dose initiale quotidienne la plus faible; ET
- Pour chaque statine (deux statines au total), une réduction de dose a été tentée pour résoudre une myopathie intolérable ou une créatine kinase > 5 fois la limite supérieure de la normale plutôt que l'arrêt des statines; ET
- Pour chaque statine (deux statines au total), une myopathie intolérable ou une créatine kinase> 5 fois la limite supérieure de la normale a été inversée lors de l'arrêt de la statine, mais réapparue avec la reprise de statine lorsque cela était cliniquement approprié; ET
- Confirmation de l'adhérence à l'ézétimibe pendant au moins 3 mois de traitement continu; ET
- D'autres déterminants connus de symptômes intolérables ou de biomarqueurs anormaux ont été éliminés;
OU
- Le patient a développé une rhabdomyolyse confirmée et documentée;
OU
- Le patient a une contre-indication aux statines; ET
- Confirmation de la compliance à l'ézétimibe pendant au moins 3 mois de traitement continu.

Remarque: La couverture annuelle est limitée à 26 auto-injecteurs préremplis (140 mg toutes les 2 semaines) ou 12 mini-doseurs automatiques avec des cartouches préremplies (420 mg une fois par mois).

Critère pour un renouvellement de couverture (renouvellement pour 6 mois):
• Patient est compliant au traitement;
ET
• Patient a atteint une diminution des C-LDL d'au moins 40% du taux de base.

Remarque: La couverture annuelle est limitée à 26 auto-injecteurs préremplis (140 mg toutes les 2 semaines) ou 12 minidoseurs automatiques avec des cartouches préremplies (420 mg une fois par mois).

120MG SOLUTION

02459779	REPATHA	AMG

140MG SOLUTION

02446057	REPATHA	AMG

24:08.16 ALPHA-AGONISTES CENTRAUX

CLONIDINE (CHLORHYDRATE DE)

ST 0.025MG COMPRIMÉ

02304163	TEVA-CLONIDINE	TEV

ST 0.1MG COMPRIMÉ

02462192	MINT-CLONIDINE	MIN
02046121	TEVA-CLONIDINE	TEV

ST 0.2MG COMPRIMÉ

00868957	APO-CLONIDINE	APX
02462206	MINT-CLONIDINE	MIN
02046148	TEVA-CLONIDINE	TEV

ST PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES

99503021	CLONIDINE LIQUIDE ORALE	UNK

MÉTHYLDOPA

ST 125MG COMPRIMÉ

00360252	METHYLDOPA	AAP

ST 250MG COMPRIMÉ

00360260	METHYLDOPA	AAP

ST 500MG COMPRIMÉ

00426830	METHYLDOPA	AAP

MÉTHYLDOPA, HYDROCHLOROTHIAZIDE

ST 250MG & 15MG COMPRIMÉ

00441708	APO METHAZIDE	APX

ST 250MG & 25MG COMPRIMÉ

00441716	APO METHAZIDE	APX

24:08.20 VASODILATATEURS DIRECTS

DIAZOXIDE

ST 100MG CAPSULE

00503347	PROGLYCEM	FRS

HYDRALAZINE (CHLORHYDRATE DE)

ST 10MG COMPRIMÉ

00441619	APO-HYDRALAZINE	APX
02457865	JAMP-HYDRALAZINE	JMP

ST 25MG COMPRIMÉ

00441627	APO-HYDRALAZINE	APX
02457873	JAMP-HYDRALAZINE	JMP

ST 50MG COMPRIMÉ

00441635	APO-HYDRALAZINE	APX
02457881	JAMP-HYDRALAZINE	JMP

MINOXIDIL

ST 2.5MG COMPRIMÉ

00514497	LONITEN	PFI

ST 10MG COMPRIMÉ

00514500	LONITEN	PFI

24:12.08 NITRATES ET NITRITES

ISOSORBIDE (DINITRATE D')

ST 5MG COMPRIMÉ

00670944	ISDN	AAP

ST 10MG COMPRIMÉ

00441686	ISDN	AAP
00786667	PMS-ISOSORBIDE	PMS

ST 30MG COMPRIMÉ

00441694	ISDN	AAP

24:12.08 NITRATES ET NITRITES

ISOSORBIDE-5-MONONITRATE

ST 60MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02272830	APO-ISMN	APX
02126559	IMDUR	AZC
02301288	PMS-ISMN	PMS
02311321	PRO-ISMN	PDL

NITROGLYCÉRINE

ST 0.3MG COMPRIMÉ

00037613	NITROSTAT	PFI

ST 0.6MG COMPRIMÉ

00037621	NITROSTAT	PFI

2% ONGUENT

01926454	NITROL	PAL

0.4MG POMPE

02393433	APO-NITROGLYCERIN	APX
02243588	MYLAN-NITRO	MYL
02231441	NITROLINGUAL PUMPSPRAY	SAC
02238998	RHO-NITRO PUMPSPRAY	SDZ

ST 0.2MG TIMBRE CUTANÉ

02162806	MINITRAN	VAE
02407442	MYLAN-NITRO	MYL
01911910	NITRO-DUR	FRS
00584223	TRANSDERM-NITRO	NVR
02230732	TRINIPATCH	PAL

ST 0.4MG TIMBRE CUTANÉ

02163527	MINITRAN	VAE
02407450	MYLAN-NITRO	MYL
01911902	NITRO-DUR	FRS
00852384	TRANSDERM-NITRO	NVR
02230733	TRINIPATCH	PAL

ST 0.6MG TIMBRE CUTANÉ

02163535	MINITRAN	VAE
02407469	MYLAN-NITRO	MYL
01911929	NITRO-DUR	FRS
02046156	TRANSDERM-NITRO	NVR
02230734	TRINIPATCH	PAL

ST 0.8MG TIMBRE CUTANÉ

02407477	MYLAN-NITRO	MYL
02011271	NITRO-DUR	FRS

24:12.12 INHIBITEURS PHOSPHODIESTÉRASE

SILDÉNAFIL (CITRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

La thérapie doit être initiée par un spécialiste en hypertension artérielle pulmonaire

Patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) de classe fonctionnelle III selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), idiopathique (c'est-à-dire primaire), ou associée à une condition congénitale ou un problème de santé systémique (p. ex. maladie du tissu conjonctif) et confirmée par cathétérisme cardiaque droit.

ST 20MG COMPRIMÉ

02418118	APO-SILDENAFIL R	APX

24:12.12 INHIBITEURS PHOSPHODIESTÉRASE

SILDÉNAFIL (CITRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

La thérapie doit être initiée par un spécialiste en hypertension artérielle pulmonaire

Patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) de classe fonctionnelle III selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), idiopathique (c'est-à-dire primaire), ou associée à une condition congénitale ou un problème de santé systémique (p. ex. maladie du tissu conjonctif) et confirmée par cathétérisme cardiaque droit.

ST 20MG COMPRIMÉ

02412179	PMS-SILDENAFIL R	PMS
02279401	REVATIO	PFI
02319500	TEVA-SILDENAFIL R	TEV

TADALAFIL

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

La thérapie doit être initiée par un spécialiste en hypertension artérielle pulmonaire

Patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) de classe fonctionnelle III selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), idiopathique (c'est-à-dire primaire), ou associée à une condition congénitale ou un problème de santé systémique (p. ex. maladie du tissu conjonctif) et confirmée par cathétérisme cardiaque droit.

ST 20MG COMPRIMÉ

02338327	ADCIRCA	LIL
02421933	APO-TADALAFIL PAH	APX

24:12.92 DIVERS VASODILATATEURS

AMBRISENTAN

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

La dose maximale approuvée est 10mg par jour.

Patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) de classe fonctionnelle III selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), idiopathique (c'est-à-dire primaire), ou associée à une condition congénitale ou un problème de santé systémique (p. ex. maladie du tissu conjonctif) et confirmée par cathétérisme cardiaque droit; ET
• dont la maladie ne répond pas au traitement par le sildénafil OU le tadalafil; OU
• pour lequel le sildénafil OU le tadalafil est contre-indiqué.

ST 5MG COMPRIMÉ

02307065	VOLIBRIS	GSK

ST 10MG COMPRIMÉ

02307073	VOLIBRIS	GSK

24:12.92 DIVERS VASODILATATEURS

BOSENTAN MONOHYDRATE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

La dose maximale approuvée est 125mg deux fois par jour.

Patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) de classe fonctionnelle III selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), idiopathique (c'est-à-dire primaire), ou associée à une condition congénitale ou un problème de santé systémique (p. ex. maladie du tissu conjonctif) et confirmée par cathétérisme cardiaque droit; ET
• dont la maladie ne répond pas au traitement par le sildénafil OU le tadalafil OU;
• pour lequel le sildénafil OU le tadalafil est contre-indiqué.

ST 62.5MG COMPRIMÉ

02386194	ACT BOSENTAN	ACG
02399202	APO-BOSENTAN	APX
02383497	MYLAN-BOSENTAN	MYL
02383012	PMS-BOSENTAN	PMS
02386275	SANDOZ BOSENTAN	SDZ
02398400	TEVA-BOSENTAN	TEV
02244981	TRACLEER	ACN

ST 125MG COMPRIMÉ

02386208	ACT BOSENTAN	ACG
02383500	MYLAN-BOSENTAN	MYL
02383020	PMS-BOSENTAN	PMS
02386283	SANDOZ BOSENTAN	SDZ
02244982	TRACLEER	ACN

DIPYRIDAMOLE

ST 25MG COMPRIMÉ

00895644	APO-DIPYRIDAMOLE	APX

ST 50MG COMPRIMÉ

00571245	APO-DIPYRIDAMOLE	APX
00895652	APO-DIPYRIDAMOLE	APX

ST 75MG COMPRIMÉ

00601845	APO-DIPYRIDAMOLE	APX
00895660	APO-DIPYRIDAMOLE	APX

DIPYRIDAMOLE, ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE

ST 200MG & 25MG CAPSULE

02242119	AGGRENOX	BOE

24:20.00 BLOQUANTS ALPHA-ADRÉNERGIQUES

DOXAZOSINE (MÉSILATE DE)

ST 1MG COMPRIMÉ

02240588	APO-DOXAZOSIN	APX
01958100	CARDURA-1	PFI
02244527	PMS-DOXAZOSIN	PMS
02242728	TEVA-DOXAZOSIN	TEV

ST 2MG COMPRIMÉ

02240589	APO-DOXAZOSIN	APX
01958097	CARDURA-2	PFI
02244528	PMS-DOXAZOSIN	PMS
02242729	TEVA-DOXAZOSIN	TEV

ST 4MG COMPRIMÉ

02240590	APO-DOXAZOSIN	APX

24:20.00 BLOQUANTS ALPHA-ADRÉNERGIQUES

DOXAZOSINE (MÉSILATE DE)

ST 4MG COMPRIMÉ

01958119	CARDURA-4	PFI
02244529	PMS-DOXAZOSIN	PMS
02242730	TEVA-DOXAZOSIN	TEV

PRAZOSINE (CHLORHYDRATE DE)

ST 1MG COMPRIMÉ

00882801	APO-PRAZO	APX
00560952	MINIPRESS	ERF
01934198	TEVA-PRAZOSIN	TEV

ST 2MG COMPRIMÉ

00882828	APO-PRAZO	APX
00560960	MINIPRESS	ERF
01934201	TEVA-PRAZOSIN	TEV

ST 5MG COMPRIMÉ

00882836	APO-PRAZO	APX
00560979	MINIPRESS	ERF
01934228	TEVA-PRAZOSIN	TEV

TÉRAZOSINE (CHLORHYDRATE DE)

ST 1MG COMPRIMÉ

02234502	APO-TERAZOSIN	APX
02243746	DOM-TERAZOSIN	DPC
02243518	PMS-TERAZOSIN	PMS
02237476	TERAZOSIN	PDL
02350475	TERAZOSIN	SAN
02230805	TEVA-TERAZOSIN	TEV

ST 2MG COMPRIMÉ

02234503	APO-TERAZOSIN	APX
02243747	DOM-TERAZOSIN	DPC
02243519	PMS-TERAZOSIN	PMS
02237477	TERAZOSIN	PDL
02350483	TERAZOSIN	SAN
02230806	TEVA-TERAZOSIN	TEV

ST 5MG COMPRIMÉ

02234504	APO-TERAZOSIN	APX
02243748	DOM-TERAZOSIN	DPC
02243520	PMS-TERAZOSIN	PMS
02237478	TERAZOSIN	PDL
02350491	TERAZOSIN	SAN
02230807	TEVA-TERAZOSIN	TEV

ST 10MG COMPRIMÉ

02234505	APO-TERAZOSIN	APX
02243749	DOM-TERAZOSIN	DPC
02243521	PMS-TERAZOSIN	PMS
02237479	TERAZOSIN	PDL
02350505	TERAZOSIN	SAN
02230808	TEVA-TERAZOSIN	TEV

24:24.00 BLOQUANTS BÊTA-ADRÉNERGIQUES

ACÉTABUTOLOL (CHLORHYDRATE D')

ST 100MG COMPRIMÉ

02164396	ACEBUTOLOL	PDL
02286246	ACEBUTOLOL	SAN

24:24.00 BLOQUANTS BÊTA-ADRÉNERGIQUES

ACÉTABUTOLOL (CHLORHYDRATE D')

[ST] 100MG COMPRIMÉ

02147602	APO-ACEBUTOLOL	APX
02237721	MYLAN-ACEBUTOLOL	MYL
01926543	SECTRAL	SAC
02204517	TEVA-ACEBUTOLOL	TEV

[ST] 200MG COMPRIMÉ

02164418	ACEBUTOLOL	PDL
02286254	ACEBUTOLOL	SAN
02147610	APO-ACEBUTOLOL	APX
02237722	MYLAN-ACEBUTOLOL	MYL
01926551	SECTRAL	SAC
02204525	TEVA-ACEBUTOLOL	TEV

[ST] 400MG COMPRIMÉ

02164426	ACEBUTOLOL	PDL
02286262	ACEBUTOLOL	SAN
02147629	APO-ACEBUTOLOL	APX
02237723	MYLAN-ACEBUTOLOL	MYL
02204533	TEVA-ACEBUTOLOL	TEV

ATÉNOLOL

[ST] 25MG COMPRIMÉ

02247182	ATENOLOL	SIV
02326701	ATENOLOL	PDL
02392194	BIO-ATENOLOL	BMI
02367556	JAMP-ATENOLOL	JMP
02371979	MAR-ATENOLOL	MAR
02368013	MINT-ATENOL	MIN
02303647	MYLAN-ATENOLOL	MYL
02246581	PMS-ATENOLOL	PMS
02373963	RAN-ATENOLOL	RBY
02277379	RIVA-ATENOLOL	RIV
02368633	SEPTA-ATENOLOL	SPT
02266660	TEVA-ATENOLOL	TEV

[ST] 50MG COMPRIMÉ

02255545	ACT ATENOLOL	ACG
00773689	APO-ATENOL	APX
00828807	ATENOLOL	PDL
02238316	ATENOLOL	SIV
02466465	ATENOLOL	SAN
02392178	BIO-ATENOLOL	BMI
02229467	DOM-ATENOLOL	DPC
02367564	JAMP-ATENOLOL	JMP
02371987	MAR-ATENOLOL	MAR
02368021	MINT-ATENOL	MIN
02146894	MYLAN-ATENOLOL	MYL
02237600	PMS-ATENOLOL	PMS
02267985	RAN-ATENOLOL	RBY
02242094	RIVA-ATENOLOL	RIV
02368641	SEPTA-ATENOLOL	SPT
02039532	TENORMIN	AZC
02171791	TEVA-ATENOLOL	TEV

[ST] 100MG COMPRIMÉ

02255553	ACT ATENOLOL	ACG
00773697	APO-ATENOL	APX

24:24.00 BLOQUANTS BÊTA-ADRÉNERGIQUES

ATÉNOLOL

[ST] 100MG COMPRIMÉ

00828793	ATENOLOL	PDL
02238318	ATENOLOL	SIV
02466473	ATENOLOL	SAN
02392186	BIO-ATENOLOL	BMI
02229468	DOM-ATENOLOL	DPC
02367572	JAMP-ATENOLOL	JMP
02371995	MAR-ATENOLOL	MAR
02368048	MINT-ATENOL	MIN
02147432	MYLAN-ATENOLOL	MYL
02237601	PMS-ATENOLOL	PMS
02267993	RAN-ATENOLOL	RBY
02242093	RIVA-ATENOLOL	RIV
02368668	SEPTA-ATENOLOL	SPT
02039540	TENORMIN	AZC
02171805	TEVA-ATENOLOL	TEV

ATÉNOLOL, CHLORTHALIDONE

[ST] 50MG & 25MG COMPRIMÉ

02248763	APO-ATENIDONE	APX
02049961	TENORETIC	AZC
02302918	TEVA-ATENOLOL/CHLORTHALIDONE	TEV

[ST] 100MG & 25MG COMPRIMÉ

02248764	APO-ATENIDONE	APX
02049988	TENORETIC	AZC
02302926	TEVA-ATENOLOL/CHLORTHALIDONE	TEV

BISOPROLOL (FUMARATE DE)

[ST] 5MG COMPRIMÉ

02256134	APO-BISOPROLOL	APX
02383055	BISOPROLOL	SIV
02391589	BISOPROLOL	SAN
02302632	PMS-BISOPROLOL	PMS
02306999	PRO-BISOPROLOL	PDL
02247439	SANDOZ BISOPROLOL	SDZ
02267470	TEVA-BISOPROLOL	TEV

[ST] 10MG COMPRIMÉ

02256177	APO-BISOPROLOL	APX
02383063	BISOPROLOL	SIV
02391597	BISOPROLOL	SAN
02302640	PMS-BISOPROLOL	PMS
02307006	PRO-BISOPROLOL	PDL
02247440	SANDOZ BISOPROLOL	SDZ
02267489	TEVA-BISOPROLOL	TEV

CARVÉDILOL

[ST] 3.125MG COMPRIMÉ

02247933	APO-CARVEDILOL	APX
02418495	AURO-CARVEDILOL	AUR
02248752	CARVEDILOL	SIV
02324504	CARVEDILOL	PDL
02364913	CARVEDILOL	SAN
02248748	DOM-CARVEDILOL	DPC
02368897	JAMP-CARVEDILOL	JMP

24:24.00 BLOQUANTS BÊTA-ADRÉNERGIQUES

CARVÉDILOL

ST 3.125MG COMPRIMÉ

02245914	PMS-CARVEDILOL	PMS
02268027	RAN-CARVEDILOL	RBY
02252309	TEVA-CARVEDILOL	TEV

ST 6.25MG COMPRIMÉ

02247934	APO-CARVEDILOL	APX
02418509	AURO-CARVEDILOL	AUR
02248753	CARVEDILOL	SIV
02324512	CARVEDILOL	PDL
02364921	CARVEDILOL	SAN
02248749	DOM-CARVEDILOL	DPC
02368900	JAMP-CARVEDILOL	JMP
02245915	PMS-CARVEDILOL	PMS
02268035	RAN-CARVEDILOL	RBY
02252317	TEVA-CARVEDILOL	TEV

ST 12.5MG COMPRIMÉ

02247935	APO-CARVEDILOL	APX
02418517	AURO-CARVEDILOL	AUR
02248754	CARVEDILOL	SIV
02324520	CARVEDILOL	PDL
02364948	CARVEDILOL	SAN
02248750	DOM-CARVEDILOL	DPC
02368919	JAMP-CARVEDILOL	JMP
02245916	PMS-CARVEDILOL	PMS
02268043	RAN-CARVEDILOL	RBY
02252325	TEVA-CARVEDILOL	TEV

ST 25MG COMPRIMÉ

02247936	APO-CARVEDILOL	APX
02418525	AURO-CARVEDILOL	AUR
02248755	CARVEDILOL	SIV
02324539	CARVEDILOL	PDL
02364956	CARVEDILOL	SAN
02248751	DOM-CARVEDILOL	DPC
02368927	JAMP-CARVEDILOL	JMP
02245917	PMS-CARVEDILOL	PMS
02268051	RAN-CARVEDILOL	RBY
02252333	TEVA-CARVEDILOL	TEV

HYDROCHLOROTHIAZIDE, PINDOLOL

ST 10MG & 25MG COMPRIMÉ

00568627	VISKAZIDE	TPC

ST 10MG & 50MG COMPRIMÉ

00568635	VISKAZIDE	TPC

LABÉTALOL (CHLORHYDRATE DE)

ST 100MG COMPRIMÉ

02106272	TRANDATE	PAL

ST 200MG COMPRIMÉ

02106280	TRANDATE	PAL

MÉTOPROLOL (TARTRATE DE)

ST 25MG COMPRIMÉ

02246010	APO-METOPROLOL	APX
02252252	DOM-METOPROLOL-L	DPC
02356813	JAMP-METOPROLOL-L	JMP

24:24.00 BLOQUANTS BÊTA-ADRÉNERGIQUES

MÉTOPROLOL (TARTRATE DE)

ST 25MG COMPRIMÉ

02296713	METOPROLOL	PDL
02442116	METOPROLOL-L	SIV
02248855	PMS-METOPROLOL-L	PMS
02315300	RIVA-METOPROLOL L	RIV
02261898	TEVA-METOPROLOL	TEV

ST 50MG COMPRIMÉ

00618632	APO METOPROLOL	APX
00749354	APO METOPROLOL (TYPE L)	APX
02172550	DOM-METOPROLOL-B	DPC
02231121	DOM-METOPROLOL-L	DPC
02356821	JAMP-METOPROLOL-L	JMP
00397423	LOPRESOR	NVR
00648019	METOPROLOL	PDL
02350394	METOPROLOL	SAN
02442124	METOPROLOL-L	SIV
02145413	PMS-METOPROLOL-B	PMS
02230803	PMS-METOPROLOL-L	PMS
02315319	RIVA-METOPROLOL L	RIV
02354187	SANDOZ METOPROLOL (TYPE L)	SDZ
00648035	TEVA-METOPROLOL	TEV
00842648	TEVA-METOPROLOL	TEV

ST 100MG COMPRIMÉ

00618640	APO METOPROLOL	APX
00751170	APO-METOPROLOL (TYPE L)	APX
02172569	DOM-METOPROLOL-B	DPC
02231122	DOM-METOPROLOL-L	DPC
02356848	JAMP-METOPROLOL-L	JMP
00397431	LOPRESOR	NVR
00648027	METOPROLOL	PDL
02350408	METOPROLOL	SAN
02442132	METOPROLOL-L	SIV
02145421	PMS-METOPROLOL-B	PMS
02230804	PMS-METOPROLOL-L	PMS
02315327	RIVA-METOPROLOL L	RIV
02354195	SANDOZ METOPROLOL (TYPE L)	SDZ
00648043	TEVA-METOPROLOL	TEV
00842656	TEVA-METOPROLOL	TEV

ST 100MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02285169	APO-METOPROLOL SR	APX
00658855	LOPRESOR SR	NVR
02351404	METOPROLOL SR	PDL
02303396	SANDOZ METOPROLOL SR	SDZ

ST 200MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02285177	APO-METOPROLOL SR	APX
00534560	LOPRESOR SR	NVR
02303418	SANDOZ METOPROLOL SR	SDZ

ST PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES

99503015	METOPROLOL LIQUIDE ORALE	UNK

NADOLOL

ST 40MG COMPRIMÉ

00782505	NADOLOL	AAP

24:24.00 BLOQUANTS BÊTA-ADRÉNERGIQUES

NADOLOL

ST 80MG COMPRIMÉ		
00782467	NADOLOL	AAP
ST 160MG COMPRIMÉ		
00782475	NADOLOL	AAP

PINDOLOL

ST 5MG COMPRIMÉ		
00755877	APO-PINDOL	APX
02231650	DOM-PINDOLOL	DPC
00828416	PINDOLOL	PDL
00869007	TEVA-PINDOLOL	TEV
00417270	VISKEN	TPC
ST 10MG COMPRIMÉ		
00755885	APO-PINDOL	APX
02238046	DOM-PINDOLOL	DPC
00828424	PINDOLOL	PDL
00869015	TEVA-PINDOLOL	TEV
00443174	VISKEN	TPC
ST 15MG COMPRIMÉ		
00755893	APO-PINDOL	APX
02238047	DOM-PINDOLOL	DPC
02231539	PMS-PINDOLOL	PMS
00869023	TEVA-PINDOLOL	TEV

PROPRANOLOL (CHLORHYDRATE DE)

ST 60MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)		
02042231	INDERAL LA	PFI
ST 80MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)		
02042258	INDERAL LA	PFI
ST 120MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)		
02042266	INDERAL LA	PFI
ST 160MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)		
02042274	INDERAL LA	PFI
ST 10MG COMPRIMÉ		
00496480	TEVA-PROPRANOLOL	TEV
ST 20MG COMPRIMÉ		
00740675	TEVA-PROPRANOLOL	TEV
ST 40MG COMPRIMÉ		
00496499	TEVA-PROPRANOLOL	TEV
ST 80MG COMPRIMÉ		
00582271	PMS-PROPRANOLOL	PMS
00496502	TEVA-PROPRANOLOL	TEV
ST 120MG COMPRIMÉ		
00504335	APO PROPRANOLOL	APX
00582298	PMS-PROPRANOLOL	PMS
ST PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES		
99503014	PROPRANOLOL LIQUIDE ORALE	UNK

SOTALOL (CHLORHYDRATE DE)

ST 80MG COMPRIMÉ		
02210428	APO-SOTALOL	APX
02270625	CO SOTALOL	OBT
02238634	DOM-SOTALOL	DPC
02368617	JAMP-SOTALOL	JMP
02238326	PMS-SOTALOL	PMS

24:24.00 BLOQUANTS BÊTA-ADRÉNERGIQUES

SOTALOL (CHLORHYDRATE DE)

ST 80MG COMPRIMÉ		
02316528	PRO-SOTALOL	PDL
02084228	RATIO-SOTALOL	TEV
ST 160MG COMPRIMÉ		
02167794	APO-SOTALOL	APX
02270633	CO SOTALOL	OBT
02238635	DOM-SOTALOL	DPC
02368625	JAMP-SOTALOL	JMP
02238327	PMS-SOTALOL	PMS
02316536	PRO-SOTALOL	PDL
02084236	RATIO-SOTALOL	TEV
ST PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES		
99503023	SOTALOL LIQUIDE ORALE	UNK

TIMOLOL (MALÉATE DE)

ST 5MG COMPRIMÉ		
00755842	TIMOLOL	APX
ST 10MG COMPRIMÉ		
00755850	TIMOLOL	APX
ST 20MG COMPRIMÉ		
00755869	TIMOLOL	APX

24:28.08 DIHYDROPYRIDINES

AMLODIPINE BESYLATE

ST 2.5MG COMPRIMÉ		
02297477	ACT AMLODIPINE	ACG
02326795	AMLODIPINE	PDL
02385783	AMLODIPINE	SIV
02392127	BIO-AMLODIPINE	BMI
02326825	DOM-AMLODIPINE	DPC
02280124	GD-AMLODIPINE	PFI
02357186	JAMP-AMLODIPINE	JMP
02468018	M-AMLODIPINE	MAN
02371707	MAR-AMLODIPINE	MAR
02295148	PMS-AMLODIPINE	PMS
02398877	RAN-AMLODIPINE	RBY
02331489	RIVA-AMLODIPINE	RIV
02330474	SANDOZ AMLODIPINE	SDZ
02357704	SEPTA-AMLODIPINE	SPT
ST 5MG COMPRIMÉ		
02297485	ACT AMLODIPINE	ACG
02326809	AMLODIPINE	PDL
02331284	AMLODIPINE	SAN
02385791	AMLODIPINE	SIV
02429217	AMLODIPINE	JMP
02273373	APO-AMLODIPINE	APX
02397072	AURO-AMLODIPINE	AUR
02392135	BIO-AMLODIPINE	BMI
02326833	DOM-AMLODIPINE	DPC
02280132	GD-AMLODIPINE	PFI
02357194	JAMP-AMLODIPINE	JMP
02468026	M-AMLODIPINE	MAN
02371715	MAR-AMLODIPINE	MAR
02362651	MINT-AMLODIPINE	MIN

24:28.08 DIHYDROPYRIDINES

AMLODIPINE BESYLATE

ST 5MG COMPRIMÉ

02272113	MYLAN-AMLODIPINE	MYL
00878928	NORVASC	PFI
02284065	PMS-AMLODIPINE	PMS
02321858	RAN-AMLODIPINE	RBY
02331497	RIVA-AMLODIPINE	RIV
02284383	SANDOZ AMLODIPINE	SDZ
02357712	SEPTA-AMLODIPINE	SPT
02250497	TEVA-AMLODIPINE	TEV
02426986	VAN-AMLODIPINE	VAN

ST 10MG COMPRIMÉ

02297493	ACT AMLODIPINE	ACG
02326817	AMLODIPINE	PDL
02331292	AMLODIPINE	SAN
02385805	AMLODIPINE	SIV
02429225	AMLODIPINE	JMP
02273381	APO-AMLODIPINE	APX
02397080	AURO-AMLODIPINE	AUR
02392143	BIO-AMLODIPINE	BMI
02326841	DOM-AMLODIPINE	DPC
02280140	GD-AMLODIPINE	PFI
02357208	JAMP-AMLODIPINE	JMP
02468034	M-AMLODIPINE	MAN
02371723	MAR-AMLODIPINE	MAR
02362678	MINT-AMLODIPINE	MIN
02272121	MYLAN-AMLODIPINE	MYL
00878936	NORVASC	PFI
02284073	PMS-AMLODIPINE	PMS
02321866	RAN-AMLODIPINE	RBY
02331500	RIVA-AMLODIPINE	RIV
02284391	SANDOZ AMLODIPINE	SDZ
02357720	SEPTA-AMLODIPINE	SPT
02250500	TEVA-AMLODIPINE	TEV
02426994	VAN-AMLODIPINE	VAN

ST PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES

99503003	AMLODIPINE LIQUIDE ORALE	UNK

AMLODIPINE BESYLATE, ATORVASTATINE CALCIQUE

ST 5MG & 10MG COMPRIMÉ

02411253	APO-AMLODIPINE-ATORVASTATIN	APX
02273233	CADUET	PFI
02362759	GD-AMLODIPINE-ATORVASTATIN	PFI
02404222	PMS-AMLODIPINE-ATORVASTATIN	PMS

ST 5MG & 20MG COMPRIMÉ

02411261	APO-AMLODIPINE-ATORVASTATIN	APX
02273241	CADUET	PFI
02362767	GD-AMLODIPINE-ATORVASTATIN	PFI
02404230	PMS-AMLODIPINE-ATORVASTATIN	PMS

ST 5MG & 40MG COMPRIMÉ

02411288	APO-AMLODIPINE-ATORVASTATIN	APX
02273268	CADUET	PFI
02362775	GD-AMLODIPINE-ATORVASTATIN	PFI

ST 5MG & 80MG COMPRIMÉ

02411296	APO-AMLODIPINE-ATORVASTATIN	APX

24:28.08 DIHYDROPYRIDINES

AMLODIPINE BESYLATE, ATORVASTATINE CALCIQUE

ST 5MG & 80MG COMPRIMÉ

02273276	CADUET	PFI
02362783	GD-AMLODIPINE-ATORVASTATIN	PFI

ST 10MG & 10MG COMPRIMÉ

02411318	APO-AMLODIPINE-ATORVASTATIN	APX
02273284	CADUET	PFI
02362791	GD-AMLODIPINE-ATORVASTATIN	PFI
02404249	PMS-AMLODIPINE-ATORVASTATIN	PMS

ST 10MG & 20MG COMPRIMÉ

02411326	APO-AMLODIPINE-ATORVASTATIN	APX
02273292	CADUET	PFI
02362805	GD-AMLODIPINE-ATORVASTATIN	PFI
02404257	PMS-AMLODIPINE-ATORVASTATIN	PMS

ST 10MG & 40MG COMPRIMÉ

02411334	APO-AMLODIPINE-ATORVASTATIN	APX
02273306	CADUET	PFI
02362813	GD-AMLODIPINE-ATORVASTATIN	PFI

ST 10MG & 80MG COMPRIMÉ

02411342	APO-AMLODIPINE-ATORVASTATIN	APX
02273314	CADUET	PFI
02362821	GD-AMLODIPINE-ATORVASTATIN	PFI

AMLODIPINE BESYLATE, TELMISARTAN

ST 5MG & 40MG COMPRIMÉ

02371022	TWYNSTA	BOE

ST 5MG & 80MG COMPRIMÉ

02371049	TWYNSTA	BOE

ST 10MG & 40MG COMPRIMÉ

02371030	TWYNSTA	BOE

ST 10MG & 80MG COMPRIMÉ

02371057	TWYNSTA	BOE

FÉLODIPINE

ST 2.5MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02452367	APO-FELODIPINE	APX
02057778	PLENDIL	AZC

ST 5MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02452375	APO-FELODIPINE	APX
00851779	PLENDIL	AZC
02280264	SANDOZ FELODIPINE	SDZ
09857203	SANDOZ FELODIPINE ER	SDZ

ST 10MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02452383	APO-FELODIPINE	APX
00851787	PLENDIL	AZC
02280272	SANDOZ FELODIPINE	SDZ
09857204	SANDOZ FELODIPINE ER	SDZ

NIFÉDIPINE

ST 5MG CAPSULE

00725110	NIFEDIPINE	AAP
02235897	PMS-NIFEDIPINE	PMS

ST 10MG CAPSULE

00755907	NIFEDIPINE	AAP
02235898	PMS-NIFEDIPINE	PMS

24:28.08 DIHYDROPYRIDINES

NIFÉDIPINE

ST 10MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02197448	APO-NIFED PA	APX

ST 20MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02237618	ADALAT XL	BAY
02181525	APO-NIFED PA	APX

ST 30MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02155907	ADALAT XL	BAY
02349167	MYLAN-NIFEDIPINE	MYL
02421631	NIFEDIPINE	PDL
02442930	NIFEDIPINE	SIV
02418630	PMS-NIFEDIPINE	PMS

ST 60MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02155990	ADALAT XL	BAY
02321149	MYLAN-NIFEDIPINE	MYL
02421658	NIFEDIPINE	PDL
02442949	NIFEDIPINE	SIV
02416301	PMS-NIFEDIPINE	PMS

NIMODIPINE

ST 30MG COMPRIMÉ

02325926	NIMOTOP	BAY

24:28.92 DIVERS BLOQUANTS DES CANAUX CALCIQUES

DILTIAZEM (CHLORHYDRATE DE)

ST 120MG CAPSULE (LIBÉRATION CONTRÔLÉE)

02230997	APO-DILTIAZ CD	APX
02231472	DILTIAZEM CD	PDL
02400421	DILTIAZEM CD	SAN
02355752	PMS-DILTIAZEM CD	PMS

ST 180MG CAPSULE (LIBÉRATION CONTRÔLÉE)

02230998	APO-DILTIAZ CD	APX
02231474	DILTIAZEM CD	PDL
02400448	DILTIAZEM CD	SAN
02355760	PMS-DILTIAZEM CD	PMS

ST 240MG CAPSULE (LIBÉRATION CONTRÔLÉE)

02230999	APO-DILTIAZ CD	APX
02231475	DILTIAZEM CD	PDL
02400456	DILTIAZEM CD	SAN
02355779	PMS-DILTIAZEM CD	PMS

ST 300MG CAPSULE (LIBÉRATION CONTRÔLÉE)

02229526	APO-DILTIAZ CD	APX
02231057	DILTIAZEM CD	PDL
02400464	DILTIAZEM CD	SAN
02355787	PMS-DILTIAZEM CD	PMS

ST 60MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)

02222957	APO-DILTIAZ SR	APX

ST 90MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)

02222965	APO-DILTIAZ SR	APX

ST 120MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)

02222973	APO-DILTIAZ SR	APX

ST 120MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02370611	ACT DILTIAZEM CD	TEV
02370441	ACT DILTIAZEM T	ACG
02097249	CARDIZEM CD	VAE

24:28.92 DIVERS BLOQUANTS DES CANAUX CALCIQUES

DILTIAZEM (CHLORHYDRATE DE)

ST 120MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02445999	DILTIAZEM CD	SIV
02325306	DILTIAZEM TZ	PDL
02243338	SANDOZ DILTIAZEM CD	SDZ
02245918	SANDOZ DILTIAZEM T	SDZ
02271605	TEVA-DILTIAZEM	VAE
02242538	TEVA-DILTIAZEM CD	TEV
02231150	TIAZAC	VAE

ST 180MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02370638	ACT DILTIAZEM CD	TEV
02370492	ACT DILTIAZEM T	ACG
02097257	CARDIZEM CD	VAE
02446006	DILTIAZEM CD	SIV
02325314	DILTIAZEM TZ	PDL
02243339	SANDOZ DILTIAZEM CD	SDZ
02245919	SANDOZ DILTIAZEM T	SDZ
02271613	TEVA-DILTIAZEM	VAE
02242539	TEVA-DILTIAZEM CD	TEV
02231151	TIAZAC	VAE

ST 240MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02370646	ACT DILTIAZEM CD	TEV
02370506	ACT DILTIAZEM T	ACG
02097265	CARDIZEM CD	VAE
02446014	DILTIAZEM CD	SIV
02325322	DILTIAZEM TZ	PDL
02243340	SANDOZ DILTIAZEM CD	SDZ
02245920	SANDOZ DILTIAZEM T	SDZ
02271621	TEVA-DILTIAZEM	VAE
02242540	TEVA-DILTIAZEM CD	TEV
02231152	TIAZAC	VAE

ST 300MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02370654	ACT DILTIAZEM CD	TEV
02370514	ACT DILTIAZEM T	ACG
02097273	CARDIZEM CD	VAE
02446022	DILTIAZEM CD	SIV
02325330	DILTIAZEM TZ	PDL
02243341	SANDOZ DILTIAZEM CD	SDZ
02245921	SANDOZ DILTIAZEM T	SDZ
02271648	TEVA-DILTIAZEM	VAE
02242541	TEVA-DILTIAZEM CD	TEV
02231154	TIAZAC	VAE

ST 360MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02370522	ACT DILTIAZEM T	ACG
02325349	DILTIAZEM TZ	PDL
02245922	SANDOZ DILTIAZEM T	SDZ
02271656	TEVA-DILTIAZEM	VAE
02231155	TIAZAC	VAE

ST 30MG COMPRIMÉ

00771376	APO DILTIAZ	APX
00862924	TEVA-DILTIAZEM	TEV

ST 60MG COMPRIMÉ

00771384	APO DILTIAZ	APX
00862932	TEVA-DILTIAZEM	TEV

24:28.92 DIVERS BLOQUANTS DES CANAUX CALCIQUES

DILTIAZEM (CHLORHYDRATE DE)

ST 120MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)		
02256738	TIAZAC XC	VAE
ST 180MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)		
02256746	TIAZAC XC	VAE
ST 240MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)		
02256754	TIAZAC XC	VAE
ST 300MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)		
02256762	TIAZAC XC	VAE
ST 360MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)		
02256770	TIAZAC XC	VAE

VERAPAMIL (CHLORHYDRATE DE)

120MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)		
02100479	VERELAN	RGL
ST 180MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)		
02100487	VERELAN	RGL
ST 240MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)		
02100495	VERELAN	RGL
ST 80MG COMPRIMÉ		
00782483	APO-VERAP	APX
02237921	MYLAN-VERAPAMIL	MYL
00812331	NOVO-VERAMIL	TEV
ST 120MG COMPRIMÉ		
00782491	APO-VERAP	APX
02237922	MYLAN-VERAPAMIL	MYL
00812358	NOVO-VERAMIL	TEV
ST 120MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)		
02246893	APO-VERAP SR	APX
01907123	ISOPTIN SR	BGP
02210347	MYLAN-VERAPAMIL SR	MYL
ST 180MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)		
02246894	APO-VERAP SR	APX
01934317	ISOPTIN SR	BGP
02450488	MYLAN-VERAPAMIL	MYL
ST 240MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)		
02246895	APO-VERAP SR	APX
02240321	DOM-VERAPAMIL SR	DPC
00742554	ISOPTIN SR	BGP
02450496	MYLAN-VERAPAMIL	MYL
02211920	NOVO-VERAMIL SR	TEV
02237791	PMS-VERAPAMIL SR	PMS
02312697	PRO-VERAPAMIL SR	PDL
02248082	RIVA-VERAPAMIL SR	RIV

24:32.04 INHIBITEURS ENZYME CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (IECA)

BENAZÉPRIL (CHLORHYDRATE DE)

ST 5MG COMPRIMÉ		
02290332	BENAZEPRIL	AAP
ST 10MG COMPRIMÉ		
02290340	BENAZEPRIL	AAP
ST 20MG COMPRIMÉ		
02273918	BENAZEPRIL	AAP

24:32.04 INHIBITEURS ENZYME CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (IECA)

CAPTOPRIL

ST 6.25MG COMPRIMÉ		
01999559	APO-CAPTO	APX
ST 12.5MG COMPRIMÉ		
00893595	APO-CAPTO	APX
01942964	TEVA-CAPTOPRIL	TEV
ST 25MG COMPRIMÉ		
00893609	APO-CAPTO	APX
01942972	TEVA-CAPTOPRIL	TEV
ST 50MG COMPRIMÉ		
00893617	APO-CAPTO	APX
01942980	TEVA-CAPTOPRIL	TEV
ST 100MG COMPRIMÉ		
00893625	APO-CAPTO	APX
02230206	PMS-CAPTOPRIL	PMS
01942999	TEVA-CAPTOPRIL	TEV

CILAZAPRIL

ST 1MG COMPRIMÉ		
02291134	APO-CILAZAPRIL	APX
02283778	MYLAN-CILAZAPRIL	MYL
02280442	PMS-CILAZAPRIL	PMS
02266350	TEVA-CILAZAPRIL	TEV
ST 2.5MG COMPRIMÉ		
02291142	APO-CILAZAPRIL	APX
02285215	CO CILAZAPRIL	OBT
01911473	INHIBACE	HLR
02283786	MYLAN-CILAZAPRIL	MYL
02280450	PMS-CILAZAPRIL	PMS
02266369	TEVA-CILAZAPRIL	TEV
ST 5MG COMPRIMÉ		
02291150	APO-CILAZAPRIL	APX
02285223	CO CILAZAPRIL	OBT
01911481	INHIBACE	HLR
02283794	MYLAN-CILAZAPRIL	MYL
02280469	PMS-CILAZAPRIL	PMS
02266377	TEVA-CILAZAPRIL	TEV

CILAZAPRIL, HYDROCHLOROTHIAZIDE

ST 5MG & 12.5MG COMPRIMÉ		
02284987	APO-CILAZAPRIL/HCTZ	APX
02181479	INHIBACE PLUS	HLR
02313731	TEVA-CILAZAPRIL/HCTZ	TEV

ÉNALAPRIL (MALÉATE D')

ST 2.5MG COMPRIMÉ		
02291878	ACT ENALAPRIL	TEV
02020025	APO-ENALAPRIL	APX
02400650	ENALAPRIL	SAN
02442957	ENALAPRIL	SIV
02300036	MYLAN-ENALAPRIL	MYL
02311402	PRO-ENALAPRIL	PDL
02352230	RAN-ENALAPRIL	RBY
02300796	RIVA-ENALAPRIL	RIV
02299933	SANDOZ ENALAPRIL	SDZ

24:32.04 INHIBITEURS ENZYME CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (IECA)

ÉNALAPRIL (MALÉATE D')

ST 2.5MG COMPRIMÉ

02300117	TARO-ENALAPRIL	TAR
02300680	TEVA-ENALAPRIL	TEV

ST 5MG COMPRIMÉ

02291886	ACT ENALAPRIL	TEV
02019884	APO-ENALAPRIL	APX
02400669	ENALAPRIL	SAN
02442965	ENALAPRIL	SIV
02300044	MYLAN-ENALAPRIL	MYL
02311410	PRO-ENALAPRIL	PDL
02352249	RAN-ENALAPRIL	RBY
02300818	RIVA-ENALAPRIL	RIV
02299941	SANDOZ ENALAPRIL	SDZ
02300125	TARO-ENALAPRIL	TAR
02233005	TEVA-ENALAPRIL	TEV
00708879	VASOTEC	FRS

ST 10MG COMPRIMÉ

02291894	ACT ENALAPRIL	TEV
02019892	APO-ENALAPRIL	APX
02400677	ENALAPRIL	SAN
02442973	ENALAPRIL	SIV
02300052	MYLAN-ENALAPRIL	MYL
02311429	PRO-ENALAPRIL	PDL
02352257	RAN-ENALAPRIL	RBY
02300826	RIVA-ENALAPRIL	RIV
02299968	SANDOZ ENALAPRIL	SDZ
02300133	TARO-ENALAPRIL	TAR
02233006	TEVA-ENALAPRIL	TEV
00670901	VASOTEC	FRS

ST 20MG COMPRIMÉ

02291908	ACT ENALAPRIL	TEV
02019906	APO-ENALAPRIL	APX
02400685	ENALAPRIL	SAN
02442981	ENALAPRIL	SIV
02300060	MYLAN-ENALAPRIL	MYL
02311437	PRO-ENALAPRIL	PDL
02352265	RAN-ENALAPRIL	RBY
02300834	RIVA-ENALAPRIL	RIV
02299976	SANDOZ ENALAPRIL	SDZ
02300141	TARO-ENALAPRIL	TAR
02233007	TEVA-ENALAPRIL	TEV
00670928	VASOTEC	FRS

ST PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES

99503013	ENALAPRIL LIQUIDE ORALE	UNK

ÉNALAPRIL (MALÉATE D'), HYDROCHLOROTHIAZIDE

ST 5MG & 12.5MG COMPRIMÉ

02352923	ENALAPRIL MALEATE/HCTZ	AAP

ST 10MG & 25MG COMPRIMÉ

02352931	ENALAPRIL MALEATE/HCTZ	AAP
00657298	VASERETIC	FRS

24:32.04 INHIBITEURS ENZYME CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (IECA)

FOSINOPRIL SODIQUE

ST 10MG COMPRIMÉ

02266008	APO-FOSINOPRIL	APX
02303000	FOSINOPRIL	PDL
02332566	FOSINOPRIL	RBY
02459388	FOSINOPRIL	SAN
02331004	JAMP-FOSINOPRIL	JMP
02255944	PMS-FOSINOPRIL	PMS
02294524	RAN-FOSINOPRIL	RBY
02247802	TEVA-FOSINOPRIL	TEV

ST 20MG COMPRIMÉ

02266016	APO-FOSINOPRIL	APX
02303019	FOSINOPRIL	PDL
02332574	FOSINOPRIL	RBY
02459396	FOSINOPRIL	SAN
02331012	JAMP-FOSINOPRIL	JMP
02255952	PMS-FOSINOPRIL	PMS
02294532	RAN-FOSINOPRIL	RBY
02247803	TEVA-FOSINOPRIL	TEV

LISINOPRIL

ST 5MG COMPRIMÉ

02271443	ACT LISINOPRIL	ACG
02217481	APO-LISINOPRIL	APX
09853685	APO-LISINOPRIL	APX
02394472	AURO-LISINOPRIL	AUR
02361531	JAMP-LISINOPRIL	JMP
02386232	LISINOPRIL	SIV
02292203	PMS-LISINOPRIL	PMS
02310961	PRO-LISINOPRIL	PDL
02294230	RAN-LISINOPRIL	RBY
02300958	RIVA-LISINOPRIL	RIV
02289199	SANDOZ LISINOPRIL	SDZ
02285061	TEVA-LISINOPRIL (TYPE P)	TEV
02285118	TEVA-LISINOPRIL (TYPE Z)	TEV
02049333	ZESTRIL	AZC

ST 10MG COMPRIMÉ

02271451	ACT LISINOPRIL	ACG
02217503	APO-LISINOPRIL	APX
09853960	APO-LISINOPRIL	APX
02394480	AURO-LISINOPRIL	AUR
02361558	JAMP-LISINOPRIL	JMP
02386240	LISINOPRIL	SIV
02292211	PMS-LISINOPRIL	PMS
00839396	PRINIVIL	FRS
02310988	PRO-LISINOPRIL	PDL
02294249	RAN-LISINOPRIL	RBY
02300982	RIVA-LISINOPRIL	RIV
02289202	SANDOZ LISINOPRIL	SDZ
02285088	TEVA-LISINOPRIL (TYPE P)	TEV
02285126	TEVA-LISINOPRIL (TYPE Z)	TEV
02049376	ZESTRIL	AZC

ST 20MG COMPRIMÉ

02271478	ACT LISINOPRIL	ACG

24:32.04 INHIBITEURS ENZYME CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (IECA)

LISINOPRIL

ST 20MG COMPRIMÉ

02217511	APO-LISINOPRIL	APX
09854010	APO-LISINOPRIL	APX
02394499	AURO-LISINOPRIL	AUR
02361566	JAMP-LISINOPRIL	JMP
02386259	LISINOPRIL	SIV
02292238	PMS-LISINOPRIL	PMS
00839418	PRINIVIL	FRS
02310996	PRO-LISINOPRIL	PDL
02294257	RAN-LISINOPRIL	RBY
02300990	RIVA-LISINOPRIL	RIV
02289229	SANDOZ LISINOPRIL	SDZ
02285096	TEVA-LISINOPRIL (TYPE P)	TEV
02285134	TEVA-LISINOPRIL (TYPE Z)	TEV
02049384	ZESTRIL	AZC

LISINOPRIL, HYDROCHLOROTHIAZIDE

ST 10MG & 12.5MG COMPRIMÉ

02362945	LISINOPRIL/HCTZ (TYPE Z)	SAN
02302365	SANDOZ LISINOPRIL HCT	SDZ
02302136	TEVA-LISINOPRIL/HCTZ (TYPE P)	TEV
02301768	TEVA-LISINOPRIL/HCTZ (TYPE Z)	TEV
02103729	ZESTORETIC	AZC

ST 20MG & 12.5MG COMPRIMÉ

02362953	LISINOPRIL/HCTZ (TYPE Z)	SAN
02302373	SANDOZ LISINOPRIL HCT	SDZ
02302144	TEVA-LISINOPRIL/HCTZ (TYPE P)	TEV
02301776	TEVA-LISINOPRIL/HCTZ (TYPE Z)	TEV
02045737	ZESTORETIC	AZC

ST 20MG & 25MG COMPRIMÉ

02362961	LISINOPRIL/HCTZ (TYPE Z)	SAN
02302381	SANDOZ LISINOPRIL HCT	SDZ
02302152	TEVA-LISINOPRIL/HCTZ (TYPE P)	TEV
02301784	TEVA-LISINOPRIL/HCTZ (TYPE Z)	TEV
02045729	ZESTORETIC	AZC

PERINDOPRIL ERBUMINE

ST 2MG COMPRIMÉ

02289261	APO-PERINDOPRIL	APX
02459817	AURO-PERINDOPRIL	AUR
02123274	COVERSYL	SEV
02470675	PMS-PERINDOPRIL	PMS
02470225	SANDOZ PERINDOPRIL ERBUMINE	SDZ
02464985	TEVA-PERINDOPRIL	TEV

ST 4MG COMPRIMÉ

02289288	APO-PERINDOPRIL	APX
02459825	AURO-PERINDOPRIL	AUR
02123282	COVERSYL	SEV
02470683	PMS-PERINDOPRIL	PMS
02470233	SANDOZ PERINDOPRIL ERBUMINE	SDZ
02464993	TEVA-PERINDOPRIL	TEV

ST 8MG COMPRIMÉ

02289296	APO-PERINDOPRIL	APX
02459833	AURO-PERINDOPRIL	AUR

24:32.04 INHIBITEURS ENZYME CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (IECA)

PERINDOPRIL ERBUMINE

ST 8MG COMPRIMÉ

02246624	COVERSYL	SEV
02470691	PMS-PERINDOPRIL	PMS
02470241	SANDOZ PERINDOPRIL ERBUMINE	SDZ
02465000	TEVA-PERINDOPRIL	TEV

PERINDOPRIL ERBUMINE, INDAPAMIDE

ST 4MG & 1.25MG COMPRIMÉ

02246569	COVERSYL PLUS	SEV
02470438	SANDOZ PERINDOPRIL ERBUMINE/ INDAPAMIDE	SDZ
02464020	TEVA-PERINDOPRIL/INDAPAMIDE	TEV

ST 8MG & 2.5MG COMPRIMÉ

02453061	APO-PERINDOPRIL-INDAPAMIDE	APX
02321653	COVERSYL PLUS HD	SEV
02408201	MYLAN-PERINDOPRIL/INDAPAMIDE	MYL
02470446	SANDOZ PERINDOPRIL ERBUMINE/ INDAPAMIDE HD	SDZ
02464039	TEVA-PERINDOPRIL/INDAPAMIDE	TEV

QUINAPRIL

ST 5MG COMPRIMÉ

01947664	ACCUPRIL	PFI
02248499	APO-QUINAPRIL	APX
02290987	GD-QUINAPRIL	PFI
02340550	PMS-QUINAPRIL	PMS
02415917	QUINAPRIL	PDL

ST 10MG COMPRIMÉ

01947672	ACCUPRIL	PFI
02248500	APO-QUINAPRIL	APX
02290995	GD-QUINAPRIL	PFI
02340569	PMS-QUINAPRIL	PMS
02415925	QUINAPRIL	PDL

ST 20MG COMPRIMÉ

01947680	ACCUPRIL	PFI
02248501	APO-QUINAPRIL	APX
02291002	GD-QUINAPRIL	PFI
02340577	PMS-QUINAPRIL	PMS
02415933	QUINAPRIL	PDL

ST 40MG COMPRIMÉ

01947699	ACCUPRIL	PFI
02248502	APO-QUINAPRIL	APX
02291010	GD-QUINAPRIL	PFI
02340585	PMS-QUINAPRIL	PMS
02415941	QUINAPRIL	PDL

QUINAPRIL, HYDROCHLOROTHIAZIDE

ST 10MG & 12.5MG COMPRIMÉ

02237367	ACCURETIC	PFI
02408767	APO-QUINAPRIL/HCTZ	APX

ST 20MG & 12.5MG COMPRIMÉ

02237368	ACCURETIC	PFI
02408775	APO-QUINAPRIL/HCTZ	APX

24:32.04 INHIBITEURS ENZYME CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (IECA)

QUINAPRIL, HYDROCHLOROTHIAZIDE

ST 20MG & 25MG COMPRIMÉ

02237369	ACCURETIC	PFI
02408783	APO-QUINAPRIL/HCTZ	APX

RAMIPRIL

ST 1.25MG CAPSULE

02295482	ACT RAMIPRIL	ACG
02221829	ALTACE	VAE
02251515	APO-RAMIPRIL	APX
02387387	AURO-RAMIPRIL	AUR
02331101	JAMP-RAMIPRIL	JMP
02420457	MAR-RAMIPRIL	MAR
02295369	PMS-RAMIPRIL	PMS
02310023	PRO-RAMIPRIL	PDL
02299372	RAMIPRIL	RIV
02308363	RAMIPRIL	SIV
02310503	RAN-RAMIPRIL	RBY
02438860	VAN-RAMIPRIL	VAN

ST 2.5MG CAPSULE

02295490	ACT RAMIPRIL	ACG
02221837	ALTACE	VAE
02251531	APO-RAMIPRIL	APX
02387395	AURO-RAMIPRIL	AUR
02287951	DOM-RAMIPRIL	DPC
02331128	JAMP-RAMIPRIL	JMP
02420465	MAR-RAMIPRIL	MAR
02421305	MINT-RAMIPRIL	MIN
02247917	PMS-RAMIPRIL	PMS
02310066	PRO-RAMIPRIL	PDL
02255316	RAMIPRIL	RIV
02287927	RAMIPRIL	SIV
02374846	RAMIPRIL	SAN
02310511	RAN-RAMIPRIL	RBY
02247945	TEVA-RAMIPRIL	TEV
02438879	VAN-RAMIPRIL	VAN

ST 5MG CAPSULE

02295504	ACT RAMIPRIL	ACG
02221845	ALTACE	VAE
02251574	APO-RAMIPRIL	APX
02387409	AURO-RAMIPRIL	AUR
02287978	DOM-RAMIPRIL	DPC
02331136	JAMP-RAMIPRIL	JMP
02420473	MAR-RAMIPRIL	MAR
02421313	MINT-RAMIPRIL	MIN
02247918	PMS-RAMIPRIL	PMS
02310074	PRO-RAMIPRIL	PDL
02255324	RAMIPRIL	RIV
02287935	RAMIPRIL	SIV
02374854	RAMIPRIL	SAN
02310538	RAN-RAMIPRIL	RBY
02247946	TEVA-RAMIPRIL	TEV
02438887	VAN-RAMIPRIL	VAN

24:32.04 INHIBITEURS ENZYME CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (IECA)

RAMIPRIL

ST 10MG CAPSULE

02295512	ACT RAMIPRIL	ACG
02221853	ALTACE	VAE
02251582	APO-RAMIPRIL	APX
02387417	AURO-RAMIPRIL	AUR
02287986	DOM-RAMIPRIL	DPC
02331144	JAMP-RAMIPRIL	JMP
02420481	MAR-RAMIPRIL	MAR
02421321	MINT-RAMIPRIL	MIN
02247919	PMS-RAMIPRIL	PMS
02310104	PRO-RAMIPRIL	PDL
02255332	RAMIPRIL	RIV
02287943	RAMIPRIL	SIV
02374862	RAMIPRIL	SAN
02310546	RAN-RAMIPRIL	RBY
02247947	TEVA-RAMIPRIL	TEV
02438895	VAN-RAMIPRIL	VAN

ST 15MG CAPSULE

02325381	APO-RAMIPRIL	APX
02440334	JAMP-RAMIPRIL	JMP
02420503	MAR-RAMIPRIL	MAR
02421348	MINT-RAMIPRIL	MIN
02343932	PMS-RAMIPRIL	PMS
02425548	RAN-RAMIPRIL	RBY
02438909	VAN-RAMIPRIL	VAN

ST 1.25MG COMPRIMÉ

02291398	SANDOZ RAMIPRIL	SDZ

ST 2.5MG COMPRIMÉ

02291401	SANDOZ RAMIPRIL	SDZ

ST 5MG COMPRIMÉ

02291428	SANDOZ RAMIPRIL	SDZ

ST 10MG COMPRIMÉ

02291436	SANDOZ RAMIPRIL	SDZ

RAMIPRIL, HYDROCHLOROTHIAZIDE

ST 2.5MG & 12.5MG COMPRIMÉ

02283131	ALTACE HCT	VAE
02354004	APO-RAMIPRIL/HCTZ	APX
02342138	PMS-RAMIPRIL-HCTZ	PMS

ST 5MG & 12.5MG COMPRIMÉ

02283158	ALTACE HCT	VAE
02354012	APO-RAMIPRIL/HCTZ	APX
02342146	PMS-RAMIPRIL-HCTZ	PMS
02415887	RAMIPRIL-HCTZ	PDL

ST 5MG & 25MG COMPRIMÉ

02283174	ALTACE HCT	VAE
02354020	APO-RAMIPRIL/HCTZ	APX
02342162	PMS-RAMIPRIL-HCTZ	PMS

ST 10MG & 12.5MG COMPRIMÉ

02283166	ALTACE HCT	VAE
02342154	PMS-RAMIPRIL-HCTZ	PMS
02415895	RAMIPRIL-HCTZ	PDL

24:32.04 INHIBITEURS ENZYME CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (IECA)

RAMIPRIL, HYDROCHLOROTHIAZIDE

ST 10MG & 25MG COMPRIMÉ

02283182	ALTACE HCT	VAE
02354039	APO-RAMIPRIL/HCTZ	APX
02342170	PMS-RAMIPRIL-HCTZ	PMS
02415909	RAMIPRIL-HCTZ	PDL

TRANDOLAPRIL

ST 0.5MG CAPSULE

02231457	MAVIK	BGP

ST 1MG CAPSULE

02231459	MAVIK	BGP

ST 2MG CAPSULE

02231460	MAVIK	BGP

ST 4MG CAPSULE

02239267	MAVIK	BGP

24:32.08 ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II

AZILSARTAN MEDOXOMIL

ST 40MG COMPRIMÉ

02381389	EDARBI	VAE

ST 80MG COMPRIMÉ

02381397	EDARBI	VAE

CANDÉSARTAN (CILEXÉTIL DE)

ST 4MG COMPRIMÉ

02379260	ACH-CANDESARTAN	ACC
02376520	ACT CANDESARTAN	ACG
02365340	APO-CANDESARTAN	APX
02239090	ATACAND	AZC
02388901	CANDESARTAN	SAN
02386496	JAMP-CANDESARTAN	JMP
02379120	MYLAN-CANDESARTAN	MYL
02391171	PMS-CANDESARTAN	PMS
02380684	RAN-CANDESARTAN	RBY
02425408	RIVA-CANDESARTAN	RIV
02326957	SANDOZ CANDESARTAN	SDZ

ST 8MG COMPRIMÉ

02463768	ACCEL-CANDESARTAN	ACP
02379279	ACH-CANDESARTAN	ACC
02376539	ACT CANDESARTAN	ACG
02365359	APO-CANDESARTAN	APX
02239091	ATACAND	AZC
02377934	CANDESARTAN	PDL
02388707	CANDESARTAN	SIV
02388928	CANDESARTAN	SAN
02395762	DOM-CANDESARTAN	DPC
02386518	JAMP-CANDESARTAN	JMP
02379139	MYLAN-CANDESARTAN	MYL
02391198	PMS-CANDESARTAN	PMS
02380692	RAN-CANDESARTAN	RBY
02425416	RIVA-CANDESARTAN	RIV

24:32.08 ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II

CANDÉSARTAN (CILEXÉTIL DE)

ST 8MG COMPRIMÉ

02326965	SANDOZ CANDESARTAN	SDZ
02366312	TEVA-CANDESARTAN	TEV

ST 16MG COMPRIMÉ

02463776	ACCEL-CANDESARTAN	ACP
02379287	ACH-CANDESARTAN	ACC
02376547	ACT CANDESARTAN	ACG
02365367	APO-CANDESARTAN	APX
02239092	ATACAND	AZC
02377942	CANDESARTAN	PDL
02388715	CANDESARTAN	SIV
02388936	CANDESARTAN	SAN
02386526	JAMP-CANDESARTAN	JMP
02379147	MYLAN-CANDESARTAN	MYL
02391201	PMS-CANDESARTAN	PMS
02380706	RAN-CANDESARTAN	RBY
02425424	RIVA-CANDESARTAN	RIV
02326973	SANDOZ CANDESARTAN	SDZ
02366320	TEVA-CANDESARTAN	TEV

ST 32MG COMPRIMÉ

02463784	ACCEL-CANDESARTAN	ACP
02379295	ACH-CANDESARTAN	ACC
02376555	ACT CANDESARTAN	ACG
02399105	APO-CANDESARTAN	APX
02311658	ATACAND	AZC
02422069	CANDESARTAN	PDL
02435845	CANDESARTAN	SAN
02386534	JAMP-CANDESARTAN	JMP
02379155	MYLAN-CANDESARTAN	MYL
02391228	PMS-CANDESARTAN	PMS
02380714	RAN-CANDESARTAN	RBY
02425432	RIVA-CANDESARTAN	RIV
02392267	SANDOZ CANDESARTAN	SDZ
02417340	SANDOZ CANDESARTAN	SDZ
02366339	TEVA-CANDESARTAN	TEV

CANDÉSARTAN (CILEXÉTIL DE), HYDROCHLOROTHIAZIDE

ST 16MG & 12.5MG COMPRIMÉ

02463865	ACCEL-CANDESARTAN/HCTZ	ACP
02388650	ACT CANDESARTAN/HCT	ACG
02367866	APO-CANDESARTAN/HCTZ	APX
02244021	ATACAND PLUS	AZC
02421038	AURO-CANDESARTAN HCT	AUR
02394812	CANDESARTAN-HCT	SIV
02392275	CANDESARTAN-HCTZ	PDL
02394804	CANDESARTAN-HCTZ	SAN
02391295	PMS-CANDESARTAN HCTZ	PMS
02327902	SANDOZ CANDESARTAN PLUS	SDZ
02395541	TEVA-CANDESARTAN/HCTZ	TEV

ST 32MG & 12.5MG COMPRIMÉ

02463849	ACCEL-CANDESARTAN/HCTZ	ACP
02395126	APO-CANDESARTAN/HCTZ	APX

24:32.08 ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II

CANDÉSARTAN (CILEXÉTIL DE), HYDROCHLOROTHIAZIDE

[ST] 32MG & 12.5MG COMPRIMÉ

02332922	ATACAND PLUS	AZC
02421046	AURO-CANDESARTAN HCT	AUR
02420732	SANDOZ CANDESARTAN PLUS	SDZ
02395568	TEVA-CANDESARTAN/HCTZ	TEV

[ST] 32MG & 25MG COMPRIMÉ

02463857	ACCEL-CANDESARTAN/HCTZ	ACP
02395134	APO-CANDESARTAN/HCTZ	APX
02332957	ATACAND PLUS	AZC
02421054	AURO-CANDESARTAN HCT	AUR
02420740	SANDOZ CANDESARTAN PLUS	SDZ

ÉPROSARTAN (MÉSYLATE D')

[ST] 400MG COMPRIMÉ

02240432	TEVETEN	BGP

[ST] 600MG COMPRIMÉ

02243942	TEVETEN	BGP

ÉPROSARTAN (MÉSYLATE D'), HYDROCHLOROTHIAZIDE

[ST] 600MG & 12.5MG COMPRIMÉ

02253631	TEVETEN PLUS	BGP

IRBESARTAN

[ST] 75MG COMPRIMÉ

02328070	ACT IRBESARTAN	ACG
02386968	APO-IRBESARTAN	APX
02406098	AURO-IRBESARTAN	AUR
02237923	AVAPRO	SAC
02446146	BIO-IRBESARTAN	UNK
02365197	IRBESARTAN	PDL
02372347	IRBESARTAN	SAN
02385287	IRBESARTAN	SIV
02418193	JAMP-IRBESARTAN	JMP
02422980	MINT-IRBESARTAN	MIN
02347296	MYLAN-IRBESARTAN	MYL
02317060	PMS-IRBESARTAN	PMS
02406810	RAN-IRBESARTAN	RBY
02316390	RATIO-IRBESARTAN	TEV
02425319	RIVA-IRBESARTAN	RIV
02328461	SANDOZ IRBESARTAN	SDZ
02427087	VAN-IRBESARTAN	VAN

[ST] 150MG COMPRIMÉ

02328089	ACT IRBESARTAN	ACG
02386976	APO-IRBESARTAN	APX
02406101	AURO-IRBESARTAN	AUR
02237924	AVAPRO	SAC
02446154	BIO-IRBESARTAN	UNK
02372193	DOM-IRBESARTAN	DPC
02365200	IRBESARTAN	PDL
02372371	IRBESARTAN	SAN
02385295	IRBESARTAN	SIV
02418207	JAMP-IRBESARTAN	JMP

24:32.08 ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II

IRBESARTAN

[ST] 150MG COMPRIMÉ

02422999	MINT-IRBESARTAN	MIN
02347318	MYLAN-IRBESARTAN	MYL
02317079	PMS-IRBESARTAN	PMS
02406829	RAN-IRBESARTAN	RBY
02316404	RATIO-IRBESARTAN	TEV
02425327	RIVA-IRBESARTAN	RIV
02328488	SANDOZ IRBESARTAN	SDZ
02427095	VAN-IRBESARTAN	VAN

[ST] 300MG COMPRIMÉ

02328100	ACT IRBESARTAN	ACG
02386984	APO-IRBESARTAN	APX
02406128	AURO-IRBESARTAN	AUR
02237925	AVAPRO	SAC
02446162	BIO-IRBESARTAN	UNK
02365219	IRBESARTAN	PDL
02372398	IRBESARTAN	SAN
02385309	IRBESARTAN	SIV
02418215	JAMP-IRBESARTAN	JMP
02423006	MINT-IRBESARTAN	MIN
02317087	PMS-IRBESARTAN	PMS
02406837	RAN-IRBESARTAN	RBY
02316412	RATIO-IRBESARTAN	TEV
02425335	RIVA-IRBESARTAN	RIV
02328496	SANDOZ IRBESARTAN	SDZ
02427109	VAN-IRBESARTAN	VAN

IRBESARTAN, HYDROCHLOROTHIAZIDE

[ST] 150MG & 12.5MG COMPRIMÉ

02357399	ACT IRBESARTAN/HCT	ACG
02387646	APO-IRBESARTAN/HCTZ	APX
02447878	AURO-IRBESARTAN HCT	AUR
02241818	AVALIDE	SAC
02385317	IRBESARTAN HCT	SIV
02372886	IRBESARTAN/HCTZ	SAN
02365162	IRBESARTAN-HCTZ	PDL
02418223	JAMP-IRBESARTAN AND HYDROCHLOROTHIAZIDE	JMP
02392992	MINT-IRBESARTAN/HCTZ	MIN
02328518	PMS-IRBESARTAN-HCTZ	PMS
02363208	RAN-IRBESARTAN HCTZ	RBY
02330512	RATIO-IRBESARTAN HCTZ	TEV
02337428	SANDOZ IRBESARTAN HCT	SDZ

[ST] 300MG & 12.5MG COMPRIMÉ

02357402	ACT IRBESARTAN/HCT	ACG
02387654	APO-IRBESARTAN/HCTZ	APX
02447886	AURO-IRBESARTAN HCT	AUR
02241819	AVALIDE	SAC
02385325	IRBESARTAN HCT	SIV
02372894	IRBESARTAN/HCTZ	SAN
02365170	IRBESARTAN-HCTZ	PDL
02418231	JAMP-IRBESARTAN AND HYDROCHLOROTHIAZIDE	JMP
02393018	MINT-IRBESARTAN/HCTZ	MIN

24:32.08 ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II

IRBESARTAN, HYDROCHLOROTHIAZIDE

ST 300MG & 12.5MG COMPRIMÉ

02328526	PMS-IRBESARTAN-HCTZ	PMS
02363216	RAN-IRBESARTAN HCTZ	RBY
02330520	RATIO-IRBESARTAN HCTZ	TEV
02337436	SANDOZ IRBESARTAN HCT	SDZ

ST 300MG & 25MG COMPRIMÉ

02357410	ACT IRBESARTAN/HCT	ACG
02387662	APO-IRBESARTAN/HCTZ	APX
02447894	AURO-IRBESARTAN HCT	AUR
02385333	IRBESARTAN HCT	SIV
02372908	IRBESARTAN/HCTZ	SAN
02365189	IRBESARTAN-HCTZ	PDL
02418258	JAMP-IRBESARTAN AND HYDROCHLOROTHIAZIDE	JMP
02393026	MINT-IRBESARTAN/HCTZ	MIN
02328534	PMS-IRBESARTAN-HCTZ	PMS
02363224	RAN-IRBESARTAN HCTZ	RBY
02330539	RATIO-IRBESARTAN HCTZ	TEV
02337444	SANDOZ IRBESARTAN HCT	SDZ

LOSARTAN POTASSIQUE

ST 25MG COMPRIMÉ

02354829	ACT LOSARTAN	ACG
02379058	APO-LOSARTAN	APX
02403323	AURO-LOSARTAN	AUR
02445964	BIO-LOSARTAN	BMI
02182815	COZAAR	FRS
02398834	JAMP-LOSARTAN	JMP
02388790	LOSARTAN	SIV
02388863	LOSARTAN	SAN
02394367	LOSARTAN	PDL
02405733	MINT-LOSARTAN	MIN
02368277	MYLAN-LOSARTAN	MYL
02309750	PMS-LOSARTAN	PMS
02313332	SANDOZ LOSARTAN	SDZ
02424967	SEPTA-LOSARTAN	SPT
02380838	TEVA-LOSARTAN	TEV
02426595	VAN-LOSARTAN	VAN

ST 50MG COMPRIMÉ

02354837	ACT LOSARTAN	ACG
02353504	APO-LOSARTAN	APX
02403331	AURO-LOSARTAN	AUR
02445972	BIO-LOSARTAN	BMI
02182874	COZAAR	FRS
02398842	JAMP-LOSARTAN	JMP
02388804	LOSARTAN	SIV
02388871	LOSARTAN	SAN
02394375	LOSARTAN	PDL
02405741	MINT-LOSARTAN	MIN
02368285	MYLAN-LOSARTAN	MYL
02309769	PMS-LOSARTAN	PMS
02404478	RAN-LOSARTAN	RBY
02313340	SANDOZ LOSARTAN	SDZ

24:32.08 ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II

LOSARTAN POTASSIQUE

ST 50MG COMPRIMÉ

02424975	SEPTA-LOSARTAN	SPT
02357968	TEVA-LOSARTAN	TEV
02426609	VAN-LOSARTAN	VAN

ST 100MG COMPRIMÉ

02354845	ACT LOSARTAN	ACG
02353512	APO-LOSARTAN	APX
02403358	AURO-LOSARTAN	AUR
02445980	BIO-LOSARTAN	BMI
02182882	COZAAR	FRS
02398850	JAMP-LOSARTAN	JMP
02388812	LOSARTAN	SIV
02388898	LOSARTAN	SAN
02394383	LOSARTAN	PDL
02405768	MINT-LOSARTAN	MIN
02368293	MYLAN-LOSARTAN	MYL
02309777	PMS-LOSARTAN	PMS
02404486	RAN-LOSARTAN	RBY
02313359	SANDOZ LOSARTAN	SDZ
02424983	SEPTA-LOSARTAN	SPT
02357976	TEVA-LOSARTAN	TEV
02426617	VAN-LOSARTAN	VAN

LOSARTAN POTASSIQUE, HYDROCHLOROTHIAZIDE

ST 50MG & 12.5MG COMPRIMÉ

02388251	ACT LOSARTAN/HCT	ACG
02371235	APO-LOSARTAN/HCTZ	APX
02423642	AURO-LOSARTAN HCT	AUR
02230047	HYZAAR	FRS
02408244	JAMP-LOSARTAN HCTZ	JMP
02388960	LOSARTAN HCT	SIV
02427648	LOSARTAN/HCTZ	SAN
02394391	LOSARTAN-HCTZ	PDL
02389657	MINT-LOSARTAN/HCTZ	MIN
02378078	MYLAN-LOSARTAN HCTZ	MYL
02392224	PMS-LOSARTAN-HCTZ	PMS
02313375	SANDOZ LOSARTAN HCT	SDZ
02428539	SEPTA-LOSARTAN HCTZ	SPT
02358263	TEVA-LOSARTAN/HCTZ	TEV

ST 100MG & 12.5MG COMPRIMÉ

02388278	ACT LOSARTAN/HCT	ACG
02371243	APO-LOSARTAN/HCTZ	APX
02423650	AURO-LOSARTAN HCT	AUR
02297841	HYZAAR	FRS
02388979	LOSARTAN HCT	SIV
02427656	LOSARTAN/HCTZ	SAN
02394405	LOSARTAN-HCTZ	PDL
02389665	MINT-LOSARTAN/HCTZ	MIN
02378086	MYLAN-LOSARTAN HCTZ	MYL
02392232	PMS-LOSARTAN-HCTZ	PMS
02362449	SANDOZ LOSARTAN HCT	SDZ
02377144	TEVA-LOSARTAN/HCTZ	TEV

24:32.08 ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II

LOSARTAN POTASSIQUE, HYDROCHLOROTHIAZIDE

100MG & 25MG COMPRIMÉ

02388286	ACT LOSARTAN/HCT	ACG
02371251	APO-LOSARTAN/HCTZ	APX
02423669	AURO-LOSARTAN HCT	AUR
02241007	HYZAAR DS	FRS
02408252	JAMP-LOSARTAN HCTZ	JMP
02388987	LOSARTAN HCT	SIV
02427664	LOSARTAN/HCTZ	SAN
02394413	LOSARTAN-HCTZ	PDL
02389673	MINT-LOSARTAN/HCTZ	MIN
02378094	MYLAN-LOSARTAN HCTZ	MYL
02392240	PMS-LOSARTAN-HCTZ	PMS
02313383	SANDOZ LOSARTAN HCT	SDZ
02428547	SEPTA-LOSARTAN HCTZ	SPT
02377152	TEVA-LOSARTAN/HCTZ	TEV

OLMESARTAN MEDOXOMIL

20MG COMPRIMÉ

02442191	ACT OLMESARTAN	TEV
02453452	APO-OLMESARTAN	APX
02443864	AURO-OLMESARTAN	AUR
02461641	JAMP-OLMESARTAN	JMP
02318660	OLMETEC	FRS
02461307	PMS-OLMESARTAN	PMS
02443414	SANDOZ OLMESARTAN	SDZ

40MG COMPRIMÉ

02442205	ACT OLMESARTAN	TEV
02453460	APO-OLMESARTAN	APX
02443872	AURO-OLMESARTAN	AUR
02461668	JAMP-OLMESARTAN	JMP
02318679	OLMETEC	FRS
02461315	PMS-OLMESARTAN	PMS
02443422	SANDOZ OLMESARTAN	SDZ

OLMESARTAN MEDOXOMIL, HYDROCHLOROTHIAZIDE

20MG & 12.5MG COMPRIMÉ

02443112	ACT OLMESARTAN HCT	TEV
02453606	APO-OLMESARTAN/HCTZ	APX

20MG/12.5MG COMPRIMÉ

02319616	OLMETEC PLUS	FRS

40MG & 12.5MG COMPRIMÉ

02443120	ACT OLMESARTAN HCT	TEV
02453614	APO-OLMESARTAN/HCTZ	APX

40MG & 25MG COMPRIMÉ

02443139	ACT OLMESARTAN HCT	TEV
02453622	APO-OLMESARTAN/HCTZ	APX

40MG/12.5MG COMPRIMÉ

02319624	OLMETEC PLUS	FRS

40MG/25MG COMPRIMÉ

02319632	OLMETEC PLUS	FRS

24:32.08 ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II

TELMISARTAN

40MG COMPRIMÉ

02393247	ACT TELMISARTAN	ACG
02420082	APO-TELMISARTAN	APX
02453568	AURO-TELMISARTAN	AUR
02240769	MICARDIS	BOE
02376717	MYLAN-TELMISARTAN	MYL
02391236	PMS-TELMISARTAN	PMS
02375958	SANDOZ TELMISARTAN	SDZ
02388944	TELMISARTAN	SAN
02390345	TELMISARTAN	SIV
02395223	TELMISARTAN	PDL
02407485	TELMISARTAN	ACC
02432897	TELMISARTAN	PMS
02320177	TEVA-TELMISARTAN	TEV

80MG COMPRIMÉ

02393255	ACT TELMISARTAN	ACG
02420090	APO-TELMISARTAN	APX
02453576	AURO-TELMISARTAN	AUR
02240770	MICARDIS	BOE
02376725	MYLAN-TELMISARTAN	MYL
02391244	PMS-TELMISARTAN	PMS
02375966	SANDOZ TELMISARTAN	SDZ
02388952	TELMISARTAN	SAN
02390353	TELMISARTAN	SIV
02395231	TELMISARTAN	PDL
02407493	TELMISARTAN	ACC
02432900	TELMISARTAN	PMS
02320185	TEVA-TELMISARTAN	TEV

TELMISARTAN, HYDROCHLOROTHIAZIDE

80MG & 12.5MG COMPRIMÉ

02419114	ACH-TELMISARTAN HCTZ	ACC
02393263	ACT TELMISARTAN/HCT	ACG
02420023	APO-TELMISARTAN/HCTZ	APX
02456389	AURO-TELMISARTAN HCTZ	AUR
02244344	MICARDIS PLUS	BOE
02401665	PMS-TELMISARTAN-HCTZ	PMS
02393557	SANDOZ TELMISARTAN HCT	SDZ
02390302	TELMISARTAN HCTZ	SIV
02395355	TELMISARTAN/HCTZ	SAN
02395525	TELMISARTAN-HCTZ	PDL
02433214	TELMISARTAN-HCTZ	PMS
02330288	TEVA-TELMISARTAN HCTZ	TEV

80MG & 25MG COMPRIMÉ

02419122	ACH-TELMISARTAN HCTZ	ACC
02393271	ACT TELMISARTAN/HCT	ACG
02420031	APO-TELMISARTAN/HCTZ	APX
02456397	AURO-TELMISARTAN HCTZ	AUR
02318709	MICARDIS PLUS	BOE
02393565	SANDOZ TELMISARTAN HCT	SDZ
02390310	TELMISARTAN HCTZ	SIV
02395363	TELMISARTAN/HCTZ	SAN
02395533	TELMISARTAN-HCTZ	PDL

24:32.08 ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II

TELMISARTAN, HYDROCHLOROTHIAZIDE

[ST] 80MG & 25MG COMPRIMÉ

02433222	TELMISARTAN-HCTZ	PMS
02379252	TEVA-TELMISARTAN HCTZ	TEV

VALSARTAN

[ST] 80MG CAPSULE

02236808	DIOVAN	NVR

[ST] 40MG COMPRIMÉ

02337487	ACT VALSARTAN	ACG
02371510	APO-VALSARTAN	APX
02414201	AURO-VALSARTAN	AUR
02270528	DIOVAN	NVR
02383527	MYLAN-VALSARTAN	MYL
02312999	PMS-VALSARTAN	PMS
02363062	RAN-VALSARTAN	RBY
02425440	RIVA-VALSARTAN	RIV
02356740	SANDOZ VALSARTAN	SDZ
02356643	TEVA-VALSARTAN	TEV
02366940	VALSARTAN	SAN
02367726	VALSARTAN	PDL
02384523	VALSARTAN	SIV

[ST] 80MG COMPRIMÉ

02337495	ACT VALSARTAN	ACG
02371529	APO-VALSARTAN	APX
02414228	AURO-VALSARTAN	AUR
02244781	DIOVAN	NVR
02414147	DOM-VALSARTAN	DPC
02383535	MYLAN-VALSARTAN	MYL
02313006	PMS-VALSARTAN	PMS
02363100	RAN-VALSARTAN	RBY
02425459	RIVA-VALSARTAN	RIV
02356759	SANDOZ VALSARTAN	SDZ
02356651	TEVA-VALSARTAN	TEV
02366959	VALSARTAN	SAN
02367734	VALSARTAN	PDL
02384531	VALSARTAN	SIV

[ST] 160MG COMPRIMÉ

02337509	ACT VALSARTAN	ACG
02371537	APO-VALSARTAN	APX
02414236	AURO-VALSARTAN	AUR
02244782	DIOVAN	NVR
02313014	PMS-VALSARTAN	PMS
02363119	RAN-VALSARTAN	RBY
02425467	RIVA-VALSARTAN	RIV
02356767	SANDOZ VALSARTAN	SDZ
02356678	TEVA-VALSARTAN	TEV
02366967	VALSARTAN	SAN
02367742	VALSARTAN	PDL
02384558	VALSARTAN	SIV

[ST] 320MG COMPRIMÉ

02337517	ACT VALSARTAN	ACG
02371545	APO-VALSARTAN	APX
02414244	AURO-VALSARTAN	AUR

24:32.08 ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II

VALSARTAN

[ST] 320MG COMPRIMÉ

02289504	DIOVAN	NVR
02383551	MYLAN-VALSARTAN	MYL
02344564	PMS-VALSARTAN	PMS
02425475	RIVA-VALSARTAN	RIV
02356775	SANDOZ VALSARTAN	SDZ
02356686	TEVA-VALSARTAN	TEV
02366975	VALSARTAN	SAN
02367750	VALSARTAN	PDL
02384566	VALSARTAN	SIV

VALSARTAN, HYDROCHLOROTHIAZIDE

[ST] 80MG & 12.5MG COMPRIMÉ

02382547	APO-VALSARTAN/HCTZ	APX
02408112	AURO-VALSARTAN HCT	AUR
02241900	DIOVAN-HCT	NVR
02356694	SANDOZ VALSARTAN HCT	SDZ
02356996	TEVA-VALSARTAN/HCTZ	TEV
02367009	VALSARTAN HCT	SAN
02384736	VALSARTAN HCT	SIV
02367769	VALSARTAN-HCTZ	PDL

[ST] 160MG & 12.5MG COMPRIMÉ

02382555	APO-VALSARTAN/HCTZ	APX
02408120	AURO-VALSARTAN HCT	AUR
02241901	DIOVAN-HCT	NVR
02356708	SANDOZ VALSARTAN HCT	SDZ
02357003	TEVA-VALSARTAN/HCTZ	TEV
02367017	VALSARTAN HCT	SAN
02384744	VALSARTAN HCT	SIV
02367777	VALSARTAN-HCTZ	PDL

[ST] 160MG & 25MG COMPRIMÉ

02382563	APO-VALSARTAN/HCTZ	APX
02408139	AURO-VALSARTAN HCT	AUR
02246955	DIOVAN-HCT	NVR
02356716	SANDOZ VALSARTAN HCT	SDZ
02357011	TEVA-VALSARTAN/HCTZ	TEV
02367025	VALSARTAN HCT	SAN
02384752	VALSARTAN HCT	SIV
02367785	VALSARTAN-HCTZ	PDL

[ST] 320MG & 12.5MG COMPRIMÉ

02382571	APO-VALSARTAN/HCTZ	APX
02408147	AURO-VALSARTAN HCT	AUR
02308908	DIOVAN-HCT	NVR
02356724	SANDOZ VALSARTAN HCT	SDZ
02357038	TEVA-VALSARTAN/HCTZ	TEV
02367033	VALSARTAN HCT	SAN
02384760	VALSARTAN HCT	SIV

[ST] 320MG & 25MG COMPRIMÉ

02382598	APO-VALSARTAN/HCTZ	APX
02408155	AURO-VALSARTAN HCT	AUR
02308916	DIOVAN-HCT	NVR
02356732	SANDOZ VALSARTAN HCT	SDZ
02357046	TEVA-VALSARTAN/HCTZ	TEV

24:32.08 ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II

VALSARTAN, HYDROCHLOROTHIAZIDE

[sf] 320MG & 25MG COMPRIMÉ

02367041	VALSARTAN HCT	SAN
02384779	VALSARTAN HCT	SIV

24:32.20 ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS MINÉRALOCORTICOÏDE (ALDOSTÉRONE)

ÉPLÉRÉNONE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients qui répondent aux critères de la classe II de la New York Heart Association (NYHA) présentant des signes d'insuffisance cardiaque et de dysfonction systolique ventriculaire gauche (fraction d'éjection égale ou supérieur à 35%). L'éplérénone est ajouté à une thérapie standard.

Nota: Les patients doivent recevoir un traitement optimal incluant un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA) et un bêta-bloquant (à moins d'être contre-indiqué) à une dose recommandée ou à une dose maximale tolérée.

25MG COMPRIMÉ

02323052	INSPRA	PFI

50MG COMPRIMÉ

02323060	INSPRA	PFI

HYDROCHLOROTHIAZIDE, SPIRONOLACTONE

[sf] PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES

99503009	ALDACTAZIDE LIQUIDE ORALE	UNK

SPIRONOLACTONE

[sf] 25MG COMPRIMÉ

00028606	ALDACTONE	PFI
00613215	TEVA-SPIRONOLACTONE	TEV

[sf] 100MG COMPRIMÉ

00285455	ALDACTONE	PFI
00613223	TEVA-SPIRONOLACTONE	TEV

[sf] PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES

99503001	SPIRONOLACTONE LIQUIDE ORALE	UNK

24:32.92

VALSARTAN, SACUBITRIL

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients qui répondent aux critères de la classe II ou III de la New York Heart Association (NYHA) présentant des signes d'insuffisance cardiaque et si les critères suivants s'appliquent:
• Seulement un médecin expérimenté dans le traitement de l'insuffisance cardiaque peut prescrire le médicament; ET
• La fraction d'éjection est inférieur à 40%; ET
• Les symptômes du patient reliés à la classe II ou III de la NYHA sont présents en dépit d'un traitement avec les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine de l'angiotensine (ARA); OU Si votre patient a une intolérance ou une contre-indication.
ET
• Entresto doit être utilisé en association avec un bêta-bloquant et un antagoniste de l'aldostérone (s'il est toléré); OU Si votre patient a une intolérance ou une contre-indication aux bêta-bloquants et aux antagonistes de l'aldostérone.

26MG & 24MG COMPRIMÉ

02446928	ENTRESTO	NVR

51MG & 49MG COMPRIMÉ

02446936	ENTRESTO	NVR

103MG & 97MG COMPRIMÉ

02446944	ENTRESTO	NVR

28:00 MÉDICAMENTS DE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

28:08.04 ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS

ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

ASA 80mg ne sont fournies qu'aux les bénéficiaires âgés de 21 ans ou moins afin que ce médicament puisse être utilisé pour traiter les maladies infantiles (p. ex., le syndrome de Kawasaki).

ST	**80MG COMPRIMÉ**	
02269139	JAMP-AAS	JMP
02295563	LOWPRIN	EUR
02202360	RIVASA	RIV
ST	**325MG COMPRIMÉ**	
00530336	AAS	VTH
00472468	APO-AAS	APX
02150328	ASPIRIN	BAY
ST	**80MG COMPRIMÉ (CROQUABLE)**	
02280167	AAS COMPRIMÉ	ODN
02009013	ASAPHEN	PMS
02250675	EURO-AAS	EUR
02296004	LOWPRIN	SDZ
02429950	M-AAS	MAN
02311518	PRO-AAS	PDL
02202352	RIVASA	RIV
ST	**81MG COMPRIMÉ (CROQUABLE)**	
02394790	AAS FAIBLE DOSE QUOTIDIENNE	PMS
02243974	ENTROPHEN	PED
ST	**81MG COMPRIMÉ (ENTÉROSOLUBLE)**	
02243896	AAS FAIBLE DOSE	PMS
02237726	ASPIRIN	BAY
02243801	FAIBLE DOSE QUOTIDIENNE EQUATE	PMS
02427206	JAMP-AAS	VTH
ST	**325MG COMPRIMÉ (ENTÉROSOLUBLE)**	
00510696	ASA	APX
02285371	PMS-AAS EC	PMS
ST	**650MG COMPRIMÉ (ENTÉROSOLUBLE)**	
00472476	ASPIRIN ENROBÉE	APX
00010340	ENTROPHEN	PED
01905392	ENTROPHEN	PED
ST	**80MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)**	
02427176	AAS EC	SAN
02238545	ASAPHEN	PMS
02283905	JAMP-AAS	JMP
02311496	PRO-AAS	PDL
ST	**81MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)**	
02244993	AAS	PMS
02372177	AAS	VTH
02433044	AAS	PMS
02283700	AAS DOSE FAIBLE PRAXIS	PMS
02426811	AAS EC	SAN
02243101	AAS FAIBLE DOSE QUOTIDIENNE	PMS
02377683	AAS FAIBLE DOSE QUOTIDIENNE	APX

28:08.04 ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS

ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

ASA 80mg ne sont fournies qu'aux les bénéficiaires âgés de 21 ans ou moins afin que ce médicament puisse être utilisé pour traiter les maladies infantiles (p. ex., le syndrome de Kawasaki).

ST	**81MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)**	
02461471	APO-ASA LD	APX
02449277	ASA	TLI
02242281	ENTROPHEN	PED
02420279	RIVASA EC	RIV
ST	**162MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)**	
02247550	ASAPHEN EC	PMS
ST	**325MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)**	
02352427	AAS EC	ODN
02150417	ASPIRIN	BAY
00010332	ENTROPHEN	PED
02050161	ENTROPHEN	PED
02010526	JAMP-AAS	VTH
00216666	NOVASEN	TEV
02284529	PMS-AAS EC	PMS
ST	**650MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)**	
00794244	AAS	VTH
02352435	AAS EC	ODN
00229296	NOVASEN	TEV
02284537	PMS-AAS EC	PMS
	150MG SUPPOSITOIRE	
00785547	AAS	PMS
	650MG SUPPOSITOIRE	
00582867	AAS	PMS

ACIDE MÉFÉNAMIQUE

ST	**250MG CAPSULE**	
02229452	ACIDE MÉFÉNAMIQUE	AAP
02237826	DOM-MEFENAMIC ACID	DPC
00155225	PONSTAN	AAP

ACIDE TIAPROFÉNIQUE

ST	**200MG COMPRIMÉ**	
02230827	PMS-TIAPROFENIC	PMS
02179679	TEVA-TIAPROFENIC	TEV
ST	**300MG COMPRIMÉ**	
02231060	DOM-TIAPROFENIC	DPC
02179687	TEVA-TIAPROFENIC	TEV

CÉLÉCOXIB

ST	**100MG CAPSULE**	
02420155	ACT CELECOXIB	ACG
02418932	APO-CELECOXIB	APX
02445670	AURO-CELECOXIB	AUR
02426382	BIO-CELECOXIB	BMI
02239941	CELEBREX	PFI
02424371	CELECOXIB	PDL
02429675	CELECOXIB	SIV
02436299	CELECOXIB	SAN

28:08.04 ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS

CÉLÉCOXIB

ST 100MG CAPSULE

02291975	GD-CELECOXIB	PFI
02424533	JAMP-CELECOXIB	JMP
02420058	MAR-CELECOXIB	MAR
02412497	MINT-CELECOXIB	MIN
02423278	MYLAN-CELECOXIB	MYL
02355442	PMS-CELECOXIB	PMS
02426366	PRIVA-CELECOXIB	PHA
02412373	RAN-CELECOXIB	RBY
02425386	RIVA-CELECOX	RIV
02321246	SANDOZ CELECOXIB	SDZ
02442639	SDZ CELECOXIB	SDZ
02288915	TEVA-CELECOXIB	TEV

ST 200MG CAPSULE

02420163	ACT CELECOXIB	ACG
02418940	APO-CELECOXIB	APX
02445689	AURO-CELECOXIB	AUR
02426390	BIO-CELECOXIB	BMI
02239942	CELEBREX	PFI
02424398	CELECOXIB	PDL
02429683	CELECOXIB	SIV
02436302	CELECOXIB	SAN
02291983	GD-CELECOXIB	PFI
02424541	JAMP-CELECOXIB	JMP
02420066	MAR-CELECOXIB	MAR
02412500	MINT-CELECOXIB	MIN
02399881	MYLAN-CELECOXIB	MYL
02355450	PMS-CELECOXIB	PMS
02426374	PRIVA-CELECOXIB	PHA
02412381	RAN-CELECOXIB	RBY
02425394	RIVA-CELECOX	RIV
02321254	SANDOZ CELECOXIB	SDZ
02442647	SDZ CELECOXIB	SDZ
02288923	TEVA-CELECOXIB	TEV

DICLOFENAC SODIQUE (TOPIQUE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'arthrose:
• chez le patient dont la douleur n'est pas soulagée avec l'acétaminophène ET avec un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS); OU
• lorsque le patient a une contre-indication à l'acétaminophène ET à un AINS. Veuillez décrire la contre-indication; OU
• lorsque le patient a une intolérance à l'acétaminophène ET à un AINS.

ST 1.5% SOLUTION

02354403	APO-DICLOFENAC	APX
02434571	DICLOFÉNAC TOPIQUE	RAX
02356783	PMS-DICLOFENAC	PMS
02420988	TARO-DICLOFENAC	TAR

DICLOFENAC SODIUM

ST 25MG COMPRIMÉ (ENTÉROSOLUBLE)

00839175	APO-DICLO	APX

28:08.04 ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS

DICLOFENAC SODIUM

ST 25MG COMPRIMÉ (ENTÉROSOLUBLE)

02231502	PMS-DICLOFENAC	PMS
00808539	TEVA-DICLOFENAC	TEV

ST 50MG COMPRIMÉ (ENTÉROSOLUBLE)

00839183	APO-DICLO	APX
00870978	DICLOFENAC	PDL
02352397	DICLOFENAC EC	SAN
02231503	PMS-DICLOFENAC	PMS
00808547	TEVA-DICLOFENAC	TEV

ST 75MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02162814	APO-DICLO SR	APX
02224119	DICLOFENAC-SR	PDL
02231664	DOM-DICLOFENAC SR	DPC
02231504	PMS-DICLOFENAC	PMS
02261901	SANDOZ-DICLOFENAC SR	SDZ
02158582	TEVA-DICLOFENAC SR	TEV
00782459	VOLTAREN	NVR

ST 100MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02091194	APO-DICLO SR	APX
02224127	DICLOFENAC-SR	PDL
02231505	PMS-DICLOFENAC	PMS
02261944	SANDOZ-DICLOFENAC SR	SDZ
02048698	TEVA-DICLOFENAC SR	TEV
00590827	VOLTAREN SR	NVR

ST 25MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)

02231662	DOM-DICLOFENAC	DPC
02302616	PMS-DICLOFENAC	PMS

ST 50MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)

02231663	DOM-DICLOFENAC	DPC
02302624	PMS-DICLOFENAC	PMS
02261960	SANDOZ-DICLOFENAC	SDZ
00514012	VOLTAREN	NVR

50MG SUPPOSITOIRE

02231506	PMS-DICLOFENAC	PMS
02261928	SANDOZ-DICLOFENAC	SDZ
00632724	VOLTAREN	NVR

100MG SUPPOSITOIRE

02231508	PMS-DICLOFENAC	PMS
02261936	SANDOZ-DICLOFENAC	SDZ
00632732	VOLTAREN	NVR

DIFLUNISAL

ST 250MG COMPRIMÉ

02039486	DIFLUNISAL	AAP
02048493	NOVO-DIFLUNISAL	TEV

ST 500MG COMPRIMÉ

02039494	DIFLUNISAL	AAP

FLURBIPROFÈNE

ST 50MG COMPRIMÉ

01912046	APO-FLURBIPROFÈNE	APX
02100509	TEVA-FLURBIPROFEN	TEV

ST 100MG COMPRIMÉ

01912038	APO-FLURBIPROFÈNE	APX
02100517	TEVA-FLURBIPROFEN	TEV

28:08.04 ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS

IBUPROFÈNE

ST 100MG COMPRIMÉ

02246403	ADVIL	PFI

ST 200MG COMPRIMÉ

01933558	ADVIL	PFI
00441643	APO-IBUPROFEN	APX
02257912	IBUPROFÉENE	PMT
02272849	IBUPROFEN	VTH
02368072	IBUPROFEN	VTH
02314754	IBUPROFÈNE	PMS
02314762	IBUPROFÈNE	PMS
02186934	MOTRIN	MCL
00629324	NOVO-PROFEN	TEV

ST 300MG COMPRIMÉ

00441651	APO IBUPROFEN	APX
00629332	NOVO-PROFEN	TEV

ST 400MG COMPRIMÉ

00506052	APO IBUPROFEN	APX
00636533	IBUPROFEN	PDL
02314770	IBUPROFÈNE	PMS
02401290	JAMP-IBUPROFEN	JMP
02317338	JAMP-IBUPROFENE	PMT
00629340	NOVO-PROFEN	TEV
00836133	PMS-IBUPROFEN	PMS

ST 600MG COMPRIMÉ

00585114	APO IBUPROFEN	APX
00629359	TEVA-PROFEN	TEV

ST 20MG/ML SUSPENSION

02232297	ADVIL ENFANTS	PFI
02354799	EUROPROFEN POUR ENFANTS	PED
02242365	MOTRIN ENFANTS	MCL

ST 40MG/ML SUSPENSION

02242522	ADVIL GOUTTES PÉDIATIRQUES	PFI
02238626	MOTRIN ENFANTS	MCL

INDOMÉTHACINE

ST 25MG CAPSULE

00611158	APO INDOMETHACIN	APX
02461811	MINT-INDOMETHACIN	MIN
00337420	TEVA-INDOMETHACIN	TEV

ST 50MG CAPSULE

00611166	APO INDOMETHACIN	APX
02461536	MINT-INDOMETHACIN	MIN
00337439	TEVA-INDOMETHACIN	TEV

50MG SUPPOSITOIRE

02231799	SANDOZ-INDOMETHACINE	SDZ

100MG SUPPOSITOIRE

01934139	RATIO-INDOMETHACIN	TEV
02231800	SANDOZ-INDOMETHACINE	SDZ

KÉTOPROFÈNE

ST 50MG CAPSULE

00790427	KETOPROFEN	AAP
02150808	PMS-KETOPROFEN	PMS

ST 50MG COMPRIMÉ (ENTÉROSOLUBLE)

00790435	KETOPROFEN-E	AAP

28:08.04 ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS

KÉTOPROFÈNE

ST 50MG COMPRIMÉ (ENTÉROSOLUBLE)

02150816	PMS-KETOPROFEN	PMS

ST 100MG COMPRIMÉ (ENTÉROSOLUBLE)

00842664	KETOPROFEN-E	AAP
02150824	PMS-KETOPROFEN	PMS

ST 200MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02172577	KETOPROFEN SR	AAP

100MG SUPPOSITOIRE

02015951	PMS-KETOPROFEN	PMS

MÉLOXICAM

ST 7.5MG COMPRIMÉ

02250012	ACT MELOXICAM	TEV
02248973	APO-MELOXICAM	APX
02390884	AURO-MELOXICAM	AUR
02248605	DOM-MELOXICAM	DPC
02353148	MÉLOXICAM	SAN
02242785	MOBICOX	BOE
02255987	MYLAN-MELOXICAM	MYL
02248267	PMS-MELOXICAM	PMS
02258315	TEVA-MELOXICAM	TEV

ST 15MG COMPRIMÉ

02250020	ACT MELOXICAM	TEV
02248974	APO-MELOXICAM	APX
02390892	AURO-MELOXICAM	AUR
02248606	DOM-MELOXICAM	DPC
02324334	MELOXICAM	PDL
02353156	MÉLOXICAM	SAN
02242786	MOBICOX	BOE
02255995	MYLAN-MELOXICAM	MYL
02248268	PMS-MELOXICAM	PMS
02258323	TEVA-MELOXICAM	TEV

MISOPROSTOL, DICLOFENAC SODIUM

ST 200MCG & 50MG COMPRIMÉ

02400596	SANDOZ DICLOFENAC MISOPROSTOL	SDZ

ST 200MCG & 75MG COMPRIMÉ

02400618	SANDOZ DICLOFENAC MISOPROSTOL	SDZ

ST 200MCG & 50MG COMPRIMÉ (ENTÉROSOLUBLE)

02397145	ACT DICLO-MISO	ACG

ST 200MCG & 75MG COMPRIMÉ (ENTÉROSOLUBLE)

02397153	ACT DICLO-MISO	ACG

ST 200MCG & 50MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)

01917056	ARTHROTEC	PFI
02341689	GD-DICLOFENAC/MISOPROSTOL	PFI

ST 200MCG & 75MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)

02229837	ARTHROTEC	PFI
02341697	GD-DICLOFENAC/MISOPROSTOL	PFI

NAPROXÈNE

ST 125MG COMPRIMÉ

00522678	APO NAPROXEN	APX

ST 220MG COMPRIMÉ

02385007	NAPROXEN SODIUM	APX

28:08.04 ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS

NAPROXÈNE

ST 220MG COMPRIMÉ

02362430	NAPROXÈNE	PMS

ST 250MG COMPRIMÉ

00522651	APO-NAPROXEN	APX
00590762	NAPROXEN	PDL
02350750	NAPROXEN	SAN
00565350	TEVA-NAPROXEN	TEV

ST 275MG COMPRIMÉ

02162725	ANAPROX	APU
00784354	APO-NAPRO-NA	APX
02351013	NAPROXEN SODIUM	SAN
00887056	NAPROXEN-NA	PDL
00778389	TEVA-NAPROXEN	TEV

ST 375MG COMPRIMÉ

00600806	APO-NAPROXEN	APX
00655686	NAPROXEN	PDL
02350769	NAPROXEN	SAN
00627097	TEVA-NAPROXEN	TEV

ST 500MG COMPRIMÉ

00592277	APO-NAPROXEN	APX
00618721	NAPROXEN	PDL
02350777	NAPROXEN	SAN
00589661	TEVA-NAPROXEN	TEV

ST 550MG COMPRIMÉ

02162717	ANAPROX DS	APU
01940309	APO-NAPRO-NA DS	APX
02351021	NAPROXEN SODIUM DS	SAN
02153386	NAPROXEN-NA DF	PDL
02026600	TEVA-NAPROXEN DS	TEV

ST 250MG COMPRIMÉ (ENTÉROSOLUBLE)

02246699	APO-NAPROXEN EC	APX
02350785	NAPROXEN EC	SAN
02243312	TEVA-NAPROXEN	TEV

ST 375MG COMPRIMÉ (ENTÉROSOLUBLE)

02246700	APO-NAPROXEN EC	APX
02243432	MYLAN-NAPROXEN	MYL
02162415	NAPROSYN	APU
02350793	NAPROXEN EC	SAN
02294702	PMS-NAPROXEN EC	PMS
02310945	PRO-NAPROXEN	PDL
02243313	TEVA-NAPROXEN	TEV

ST 500MG COMPRIMÉ (ENTÉROSOLUBLE)

02246701	APO-NAPROXEN EC	APX
02241024	MYLAN-NAPROXEN EC	MYL
02162423	NAPROSYN	APU
02350807	NAPROXEN EC	SAN
02294710	PMS-NAPROXEN EC	PMS
02310953	PRO-NAPROXEN	PDL
02243314	TEVA-NAPROXEN	TEV

ST 750MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02162466	NAPROSYN	APU

500MG SUPPOSITOIRE

02017237	PMS-NAPROXEN	PMS

28:08.04 ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS

NAPROXÈNE

ST 25MG/ML SUSPENSION

02162431	NAPROXEN	PEI

PIROXICAM

ST 10MG CAPSULE

00642886	APO PIROXICAM	APX
00695718	TEVA-PIROXICAM	TEV

ST 20MG CAPSULE

00642894	APO PIROXICAM	APX
00695696	TEVA-PIROXICAM	TEV

SULINDAC

ST 150MG COMPRIMÉ

00745588	TEVA-SULINDAC	TEV

ST 200MG COMPRIMÉ

00745596	TEVA-SULINDAC	TEV

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS

ACÉTAMINOPHÈNE, CAFÉINE CITRATE, CODÉINE (PHOSPHATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Pour des raisons de sécurité, le Programme des SSNA a une limite de dose pour l'acétaminophène. La limite de dose s'accumule en fonction de la quantité d'acétaminophène réclamée au Programme, ce qui comprend l'acétaminophène ordinaire ou en association avec des opioïdes, comme la codéine (c.-à-d. Tylenol® no 3) ou l'oxycodone (Percocet®). Au total, une quantité de 360 grammes d'acétaminophène est autorisée pour une période de 100 jours, ce qui équivaut à une dose quotidienne totale de 3 600 mg/jour.

300MG & 15MG & 15MG COMPRIMÉ

00653241	RATIO-LENOLTEC NO 2	TEV
02163934	TYLENOL WITH CODEINE NO.2	JSO

300MG & 15MG & 30MG COMPRIMÉ

00653276	RATIO-LENOLTEC NO 3	TEV
02163926	TYLENOL WITH CODEINE NO.3	JSO

325MG & 30MG & 15MG COMPRIMÉ

00293504	ATASOL 15	CHU

325MG & 30MG & 30MG COMPRIMÉ

00293512	ATASOL 30	CHU

ACÉTAMINOPHÈNE, CODÉINE (PHOSPHATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Pour des raisons de sécurité, le Programme des SSNA a une limite de dose pour l'acétaminophène. La limite de dose s'accumule en fonction de la quantité d'acétaminophène réclamée au Programme, ce qui comprend l'acétaminophène ordinaire ou en association avec des opioïdes, comme la codéine (c.-à-d. Tylenol® no 3) ou l'oxycodone (Percocet®). Au total, une quantité de 360 grammes d'acétaminophène est autorisée pour une période de 100 jours, ce qui équivaut à une dose quotidienne totale de 3 600 mg/jour.

300MG & 30MG COMPRIMÉ

01999648	ACET CODEINE 30	PMS
02232658	PROCET-30	PDL

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS

ACÉTAMINOPHÈNE, CODÉINE (PHOSPHATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Pour des raisons de sécurité, le Programme des SSNA a une limite de dose pour l'acétaminophène. La limite de dose s'accumule en fonction de la quantité d'acétaminophène réclamée au Programme, ce qui comprend l'acétaminophène ordinaire ou en association avec des opioïdes, comme la codéine (c.-à-d. Tylenol® no 3) ou l'oxycodone (Percocet®). Au total, une quantité de 360 grammes d'acétaminophène est autorisée pour une période de 100 jours, ce qui équivaut à une dose quotidienne totale de 3 600 mg/jour.

300MG & 30MG COMPRIMÉ

00608882	TEVA-EMTEC-30	TEV
00789828	TRIATEC-30	RIV

32MG & 1.6MG/ML ÉLIXIR

00816027	PMS-ACETAMINOPHEN	PMS

ACÉTAMINOPHÈNE, OXYCODONE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Pour des raisons de sécurité, le Programme des SSNA a une limite de dose pour l'acétaminophène. La limite de dose s'accumule en fonction de la quantité d'acétaminophène réclamée au Programme, ce qui comprend l'acétaminophène ordinaire ou en association avec des opioïdes, comme la codéine (c.-à-d. Tylenol® no 3) ou l'oxycodone (Percocet®). Au total, une quantité de 360 grammes d'acétaminophène est autorisée pour une période de 100 jours, ce qui équivaut à une dose quotidienne totale de 3 600 mg/jour.

325MG & 5MG COMPRIMÉ

02324628	APO-OXYCODONE/ACET	APX
02361361	OXYCODONE/ACET	SAN
02327171	OXYCODONE-ACET	PDL
02242468	RIVACOCET	RIV
02307898	SANDOZ OXYCODONE/ACETAMINOPHEN	SDZ
00608165	TEVA-OXYCOCET	TEV

ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE, OXYCODONE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour d'opioïdes, soit 200 mg d'équivalents morphine par jour pour la douleur non liée au cancer ou dans un contexte autre que palliatif. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale d'opioïdes, c'est-à-dire pour l'ensemble des opioïdes administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 30 jours (6000 équivalents morphine sur 30 jours).

325MG & 5MG COMPRIMÉ

00608157	TEVA-OXYCODAN	TEV

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS

CODÉINE (PHOSPHATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour d'opioïdes, soit 200 mg d'équivalents morphine par jour pour la douleur non liée au cancer ou dans un contexte autre que palliatif. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale d'opioïdes, c'est-à-dire pour l'ensemble des opioïdes administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 30 jours (6000 équivalents morphine sur 30 jours).

15MG COMPRIMÉ

02009889	CODEINE	RIV
00593435	TEVA-CODEINE	TEV

30MG COMPRIMÉ

02009757	CODEINE	RIV
02243979	PMS-CODEINE	PMS
00593451	TEVA-CODEINE	TEV

5MG/ML LIQUIDE

00050024	CODEINE PHOSPHATE	ATL

2MG/ML SOLUTION

00380571	LINCTUS CODEINE	ATL

CODÉINE MONOHYDRATE, CODÉINE SULFATE TRIHYDRATE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement:
- des douleurs chroniques et des patients en soins palliatifs, comme solution de rechange aux produits contenant de la codéine en association avec l'acétaminophène ou l'AAS avec ou sans caféine; OU
- des douleurs chroniques et des patients en soins palliatifs comme solution de rechange aux produits contenant de la codéine à libération régulière lorsque de fortes doses sont nécessaires.

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour d'opioïdes, soit 200 mg d'équivalents morphine par jour pour la douleur non liée au cancer ou dans un contexte autre que palliatif. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale d'opioïdes, c'est-à-dire pour l'ensemble des opioïdes administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 30 jours (6000 équivalents morphine sur 30 jours).

50MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02230302	CODEINE CONTIN CR	PFR

100MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02163748	CODEINE CONTIN CR	PFR

150MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02163780	CODEINE CONTIN CR	PFR

200MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02163799	CODEINE CONTIN CR	PFR

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS

FENTANYL

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la douleur chronique chez les patients qui ne répondent pas ou sont intolérants à au moins un produit oral à longue durée d'action et à libération prolongée, tel que la morphine, l'hydromorphone et l'oxycodone, malgré un titrage approprié de la dose et un traitement adjuvant, notamment des laxatifs et des antiémétiques.

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour d'opioïdes, soit 200 mg d'équivalents morphine par jour pour la douleur non liée au cancer ou dans un contexte autre que palliatif. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale d'opioïdes, c'est-à-dire pour l'ensemble des opioïdes administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 30 jours (6000 équivalents morphine sur 30 jours).

12MCG/HR TIMBRE CUTANÉ

02386844	CO FENTANYL	OBT
02395657	FENTANYL	PDL
02396696	MYLAN-FENTANYL MATRIX	MYL
02341379	PMS-FENTANYL MTX	PMS
02330105	RAN-FENTANYL MATRIX	RBY
02327112	SANDOZ FENTANYL	SDZ
02311925	TEVA-FENTANYL	TEV

25MCG/HR TIMBRE CUTANÉ

02314630	APO-FENTANYL MATRIX	APX
02386852	CO FENTANYL	OBT
02275813	DURAGESIC	JSO
02395665	FENTANYL	PDL
02396718	MYLAN-FENTANYL MATRIX	MYL
02341387	PMS-FENTANYL MTX	PMS
02330113	RAN-FENTANYL MATRIX	RBY
02327120	SANDOZ FENTANYL	SDZ
02282941	TEVA-FENTANYL	TEV

50MCG/HR TIMBRE CUTANÉ

02386879	CO FENTANYL	OBT
02275821	DURAGESIC	JSO
02395673	FENTANYL	PDL
02396726	MYLAN-FENTANYL MATRIX	MYL
02341395	PMS-FENTANYL MTX	PMS
02330121	RAN-FENTANYL MATRIX	RBY
02327147	SANDOZ FENTANYL	SDZ
02282968	TEVA-FENTANYL	TEV

75MCG/HR TIMBRE CUTANÉ

02314657	APO-FENTANYL MATRIX	APX
02386887	CO FENTANYL	OBT
02275848	DURAGESIC	JSO
02395681	FENTANYL	PDL
02396734	MYLAN-FENTANYL MATRIX	MYL
02341409	PMS-FENTANYL MTX	PMS
02330148	RAN-FENTANYL MATRIX	RBY
02327155	SANDOZ FENTANYL	SDZ
02282976	TEVA-FENTANYL	TEV

100MCG/HR TIMBRE CUTANÉ

02314665	APO-FENTANYL MATRIX	APX
02386895	CO FENTANYL	OBT

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS

FENTANYL

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la douleur chronique chez les patients qui ne répondent pas ou sont intolérants à au moins un produit oral à longue durée d'action et à libération prolongée, tel que la morphine, l'hydromorphone et l'oxycodone, malgré un titrage approprié de la dose et un traitement adjuvant, notamment des laxatifs et des antiémétiques.

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour d'opioïdes, soit 200 mg d'équivalents morphine par jour pour la douleur non liée au cancer ou dans un contexte autre que palliatif. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale d'opioïdes, c'est-à-dire pour l'ensemble des opioïdes administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 30 jours (6000 équivalents morphine sur 30 jours).

100MCG/HR TIMBRE CUTANÉ

02275856	DURAGESIC	JSO
02395703	FENTANYL	PDL
02396742	MYLAN-FENTANYL MATRIX	MYL
02341417	PMS-FENTANYL MTX	PMS
02330156	RAN-FENTANYL MATRIX	RBY
02327163	SANDOZ FENTANYL	SDZ
02282984	TEVA-FENTANYL	TEV

HYDROMORPHONE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint
Autorisation préalable nécessaire seulement pour les capsules à libération contrôlée. L'utilisation des formes pharmaceutiques régulières ne fait l'objet d'aucune restriction et n'exige donc pas d'autorisation préalable.

Pour le traitement des douleurs chroniques allant de modérées à graves lorsque les autres opioïdes comme la morphine n'ont pas réussi à contrôler la douleur ou lorsque les patients ont ressenti des effets indésirables intolérables.

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour d'opioïdes, soit 200 mg d'équivalents morphine par jour pour la douleur non liée au cancer ou dans un contexte autre que palliatif. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale d'opioïdes, c'est-à-dire pour l'ensemble des opioïdes administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 30 jours (6000 équivalents morphine sur 30 jours).

3MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)

02125323	HYDROMORPH CONTIN	PFR

4.5MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)

02359502	HYDROMORPH CONTIN	PFR

6MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)

02125331	HYDROMORPH CONTIN	PFR

9MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)

02359510	HYDROMORPH CONTIN	PFR

12MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)

02125366	HYDROMORPH CONTIN	PFR

18MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)

02243562	HYDROMORPH CONTIN	PFR

24MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)

02125382	HYDROMORPH CONTIN	PFR

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS

HYDROMORPHONE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint
Autorisation préalable nécessaire seulement pour les capsules à libération contrôlée. L'utilisation des formes pharmaceutiques régulières ne fait l'objet d'aucune restriction et n'exige donc pas d'autorisation préalable.

Pour le traitement des douleurs chroniques allant de modérées à graves lorsque les autres opioïdes comme la morphine n'ont pas réussi à contrôler la douleur ou lorsque les patients ont ressenti des effets indésirables intolérables.

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour d'opioïdes, soit 200 mg d'équivalents morphine par jour pour la douleur non liée au cancer ou dans un contexte autre que palliatif. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale d'opioïdes, c'est-à-dire pour l'ensemble des opioïdes administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 30 jours (6000 équivalents morphine sur 30 jours).

30MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)

02125390	HYDROMORPH CONTIN	PFR

1MG COMPRIMÉ

02364115	APO-HYDROMORPHONE	APX
00705438	DILAUDID	PFR
00885444	PMS-HYDROMORPHONE	PMS
02319403	TEVA-HYDROMORPHONE	TEV

2MG COMPRIMÉ

02364123	APO-HYDROMORPHONE	APX
00125083	DILAUDID	PFR
00885436	PMS-HYDROMORPHONE	PMS
02319411	TEVA-HYDROMORPHONE	TEV

4MG COMPRIMÉ

02364131	APO-HYDROMORPHONE	APX
00125121	DILAUDID	PFR
00885401	PMS-HYDROMORPHONE	PMS
02319438	TEVA-HYDROMORPHONE	TEV

8MG COMPRIMÉ

02364158	APO-HYDROMORPHONE	APX
00786543	DILAUDID	PFR
00885428	PMS-HYDROMORPHONE	PMS
02319446	TEVA-HYDROMORPHONE	TEV

1MG/ML LIQUIDE

01916386	PMS HYDROMORPHONE	PMS

3MG SUPPOSITOIRE

01916394	PMS HYDROMORPHONE	PMS

MÉTHADONE (CHLORHYDRATE DE)

POUDRE

00908835	MÉHADONE POUDRE (TDO)	MDS

10MG/ML SOLUTION

02244290	METADOL-D	PAL
02394596	METHADOSE	MAT
02394618	METHADOSE	MAT

MÉTHADONE (CHLORHYDRATE DE) BC

10MG/ML LIQUIDE ORALE

66999997	MÉHADOSE AVEC INTÉRACTION DIRECT (TDO)	UNK
66999999	MÉTHADOSE LIVRAISON AVEC INTERACTION DIRECT (TDO)	UNK

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS

MÉTHADONE (CHLORHYDRATE DE) BC

10MG/ML LIQUIDE ORALE

67000000	MÉTHADOSE LIVRAISON SANS INTERACTION DIRECT (TDO)	UNK
66999998	MÉTHADOSE SANS INTÉRACTION DIRECT(TDO)	UNK

MÉTHADONE (CHLORHYDRATE DE) METADOL

Médicament à usage restreint (autorisation préalable requise) avec les critères suivants:

Le prescripteur est enregistré avec Santé Canada et a reçu une autorisation pour prescrire la méthadone pour le soulagement de la douleur; ET
Pour le soulagement de la douleur modérée à intense causée par un cancer ou pour le soulagement de la douleur chronique non reliée au cancer comme médicament de rechange a d'autre opiacés; OU
Pour le soulagement de la douleur chez les patients en soins palliatifs. Les pharmaciens peuvent seulement servir une quantité maximale correspondant à 30 jours de traitement lors de chaque approvisionnement.

1MG COMPRIMÉ

02247698	METADOL	PAL

5MG COMPRIMÉ

02247699	METADOL	PAL

10MG COMPRIMÉ

02247700	METADOL	PAL

25MG COMPRIMÉ

02247701	METADOL	PAL

1MG/ML SOLUTION

02247694	METADOL	PAL

10MG/ML SOLUTION

02241377	METADOL	PAL

MORPHINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour d'opioïdes, soit 200 mg d'équivalents morphine par jour pour la douleur non liée au cancer ou dans un contexte autre que palliatif. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale d'opioïdes, c'est-à-dire pour l'ensemble des opioïdes administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 30 jours (6000 équivalents morphine sur 30 jours).

1MG/ML SIROP

00614491	DOLORAL 1	ATL
00607762	RATIO-MORPHINE	TEV

5MG/ML SIROP

00614505	DOLORAL 5	ATL
00607770	RATIO-MORPHINE	TEV

10MG/ML SIROP

00690783	RATIO-MORPHINE	TEV

20MG/ML SIROP

00690791	RATIO-MORPHINE	TEV

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS

MORPHINE (SULFATE DE) KADIAN

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

•Traitement de la dépendance aux opioïdes lorsque la méthadone et Suboxone ne sont pas disponibles ou appropriés; OU
•Traitement de la douleur chronique.

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour d'opioïdes, soit 200 mg d'équivalents morphine par jour pour la douleur non liée au cancer ou dans un contexte autre que palliatif. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale d'opioïdes, c'est-à-dire pour l'ensemble des opioïdes administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 30 jours (6000 équivalents morphine sur 30 jours).

10MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)

02242163	KADIAN	BGP
09991310	KADIAN	MAY

20MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)

02184435	KADIAN	BGP
09991311	KADIAN	MAY

50MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)

02184443	KADIAN	BGP
09991312	KADIAN	MAY

100MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)

02184451	KADIAN	BGP
09991313	KADIAN	MAY

MORPHINE SULFATE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour d'opioïdes, soit 200 mg d'équivalents morphine par jour pour la douleur non liée au cancer ou dans un contexte autre que palliatif. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale d'opioïdes, c'est-à-dire pour l'ensemble des opioïdes administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 30 jours (6000 équivalents morphine sur 30 jours).

10MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02019930	M-ESLON	ETH

15MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02177749	M-ESLON	ETH

30MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02019949	M-ESLON	ETH

60MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02019957	M-ESLON	ETH

100MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02019965	M-ESLON	ETH

200MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02177757	M-ESLON	ETH

5MG COMPRIMÉ

00594652	STATEX	PAL

10MG COMPRIMÉ

00594644	STATEX	PAL

25MG COMPRIMÉ

00594636	STATEX	PAL

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS

MORPHINE SULFATE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour d'opioïdes, soit 200 mg d'équivalents morphine par jour pour la douleur non liée au cancer ou dans un contexte autre que palliatif. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale d'opioïdes, c'est-à-dire pour l'ensemble des opioïdes administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 30 jours (6000 équivalents morphine sur 30 jours).

50MG COMPRIMÉ

00675962	STATEX	PAL

5MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION IMMÉDIATE)

02014203	MS IR	PFR

10MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION IMMÉDIATE)

02014211	MS IR	PFR

20MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION IMMÉDIATE)

02014238	MS IR	PFR

30MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION IMMÉDIATE)

02014254	MS IR	PFR

15MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02350815	MORPHINE SR	SAN
02015439	MS CONTIN SR	PFR
02244790	SANDOZ MORPHINE SR	SDZ
02302764	TEVA-MORPHINE SR	TEV

30MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02350890	MORPHINE SR	SAN
02014297	MS CONTIN SR	PFR
02244791	SANDOZ MORPHINE SR	SDZ
02302772	TEVA-MORPHINE SR	TEV

60MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02350912	MORPHINE SR	SAN
02014300	MS CONTIN SR	PFR
02244792	SANDOZ MORPHINE SR	SDZ
02302780	TEVA-MORPHINE SR	TEV

100MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02014319	MS CONTIN SR	PFR
02302799	TEVA-MORPHINE SR	TEV

200MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02014327	MS CONTIN SR	PFR
02302802	TEVA-MORPHINE SR	TEV

20MG/ML GOUTTES

00621935	STATEX	PAL

50MG/ML GOUTTES

00705799	STATEX	PAL

1MG/ML SIROP

00591467	STATEX	PAL

5MG/ML SIROP

00591475	STATEX	PAL

10MG/ML SIROP

00647217	STATEX	PAL

5MG SUPPOSITOIRE

00632228	STATEX	PAL

10MG SUPPOSITOIRE

00632201	STATEX	PAL

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS

MORPHINE SULFATE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour d'opioïdes, soit 200 mg d'équivalents morphine par jour pour la douleur non liée au cancer ou dans un contexte autre que palliatif. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale d'opioïdes, c'est-à-dire pour l'ensemble des opioïdes administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 30 jours (6000 équivalents morphine sur 30 jours).

20MG SUPPOSITOIRE

00596965	STATEX	PAL

OXYCODONE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour d'opioïdes, soit 200 mg d'équivalents morphine par jour pour la douleur non liée au cancer ou dans un contexte autre que palliatif. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale d'opioïdes, c'est-à-dire pour l'ensemble des opioïdes administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 30 jours (6000 équivalents morphine sur 30 jours).

5MG COMPRIMÉ

02325950	OXYCODONE	PDL
02231934	OXY-IR	PFR
02319977	PMS-OXYCODONE	PMS
00789739	SUPEUDOL	SDZ

10MG COMPRIMÉ

02325969	OXYCODONE	PDL
02240131	OXY-IR	PFR
02319985	PMS-OXYCODONE	PMS
00443948	SUPEUDOL	SDZ

20MG COMPRIMÉ

02325977	OXYCODONE	PDL
02319993	PMS-OXYCODONE	PMS
02262983	SUPEUDOL	SDZ

20MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION IMMÉDIATE)

02240132	OXY-IR	PFR

10MG SUPPOSITOIRE

00392480	SUPEUDOL	SDZ

20MG SUPPOSITOIRE

00392472	SUPEUDOL	SDZ

28:08.12 AGONISTES PARTIELS DES OPIACÉS

BUPRENORPHINE (CHLORHYDRATE DE), NALOXONE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la dépendance aux opioïdes quand:
- Le bénéficiaire doit être âgé de 16 ans ou plus.
- Si le client vit en région éloignée ou isolée, il devra confirmer que sa communauté dispose du personnel nécessaire pour lui administrer Suboxone. La communauté doit être en mesure d'avoir une personne qui sera témoin de l'administration quotidienne du médicament et doit disposer des installations relatives à la conservation et à la manutention des doses de Suboxone. Après avoir obtenu cette confirmation, le Programme des SSNA approuvera l'administration de Suboxone pour le client.

2MG & 0.5MG COMPRIMÉ

02453908	ACT BUPRENORPHINE/NALOXONE	ACG
02408090	MYLAN-BUPRENORPHINE/NALOXONE	MYL
02424851	PMS-BUPRENORPHINE-NALOXONE	PMS
02295695	SUBOXONE	IND

8MG & 2MG COMPRIMÉ

02453916	ACT BUPRENORPHINE/NALOXONE	ACG
02408104	MYLAN-BUPRENORPHINE/NALOXONE	MYL
02424878	PMS-BUPRENORPHINE-NALOXONE	PMS
02295709	SUBOXONE	IND

28:08.92 DIVERS ANALGÉSIQUES ET ANTIPYRÉTIQUES

ACÉTAMINOPHÈNE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Pour des raisons de sécurité, le Programme des SSNA a une limite de dose pour l'acétaminophène. La limite de dose s'accumule en fonction de la quantité d'acétaminophène réclamée au Programme, ce qui comprend l'acétaminophène ordinaire ou en association avec des opioïdes, comme la codéine (c.-à-d. Tylenol® no 3) ou l'oxycodone (Percocet®). Au total, une quantité de 360 grammes d'acétaminophène est autorisée pour une période de 100 jours, ce qui équivaut à une dose quotidienne totale de 3 600 mg/jour.

[ST] 80MG COMPRIMÉ

01905856	ACETAMINOPHÈNE	TLI
02263815	PEDIAPHEN	EUR
02015676	TANTAPHEN	TAN
02238295	TYLENOL ENFANT VIT-FONDU	MCL

[ST] 160MG COMPRIMÉ

02017431	ACETAMINOPHÈNE	RIV
02230934	ACETAMINOPHÈNE	TAN

[ST] 325MG COMPRIMÉ

00382752	ACETAMINOPHÈNE	PDL
00605751	ACETAMINOPHÈNE	VTH
00743542	ACETAMINOPHÈNE	PMT
00789801	ACETAMINOPHÈNE	TLI
02022214	ACETAMINOPHÈNE	RIV

28:08.92 DIVERS ANALGÉSIQUES ET ANTIPYRÉTIQUES

ACÉTAMINOPHÈNE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Pour des raisons de sécurité, le Programme des SSNA a une limite de dose pour l'acétaminophène. La limite de dose s'accumule en fonction de la quantité d'acétaminophène réclamée au Programme, ce qui comprend l'acétaminophène ordinaire ou en association avec des opioïdes, comme la codéine (c.-à-d. Tylenol® no 3) ou l'oxycodone (Percocet®). Au total, une quantité de 360 grammes d'acétaminophène est autorisée pour une période de 100 jours, ce qui équivaut à une dose quotidienne totale de 3 600 mg/jour.

ST 325MG COMPRIMÉ

02362198	ACETAMINOPHÈNE	RIV
00544981	APC-ACETAMINOPHÉENE	APX
02229873	APO-ACETAMINOPHENE	APX
01938088	JAMP-ACETAMINOPHÈNE	JMP
02451018	M-ACETAMINOPHEN	MAN
00389218	NOVO-GESIC	TEV
00559393	TYLENOL	MCL
00723894	TYLENOL	MCL

ST 500MG COMPRIMÉ

00386626	ACETAMINOPHÈNE	PDL
00549703	ACETAMINOPHÈNE	PMT
00605778	ACETAMINOPHÈNE	VTH
00789798	ACETAMINOPHÈNE	TLI
01939122	ACETAMINOPHÈNE	JMP
02022222	ACETAMINOPHÈNE	RIV
02252813	ACETAMINOPHÈNE	PMT
02255251	ACETAMINOPHÈNE	PMT
02362228	ACETAMINOPHÈNE	RIV
02362201	ACETAMINOPHÈNE BLASON SHIELD	RIV
00545007	APO-ACETAMINOPHÉENE	APX
02229977	APO-ACETAMINOPHENE	APX
00013668	ATASOL FORT	CHU
02355299	JAMP-ACETAMINOPHENE	JMP
02451123	M-ACETAMINOPHEN	MAN
00482323	NOVO-GESIC FORT	TEV
00892505	PMS-ACETAMINOPHÈNE	PMS
01962353	TANTAPHEN	TAN
00723908	TYLENOL	MCL
00559407	TYLENOL EXTRA FORT	MCL

ST 80MG COMPRIMÉ (CROQUABLE)

02017458	ACETAMINOPHÈNE	RIV
02129957	ACETAMINOPHÈNE	VTH

ST 160MG COMPRIMÉ (CROQUABLE)

02142805	ACETAMINOPHÈENE	VTH
02263823	PEDIAPHEN	EUR
02241361	TYLENOL CONCENTRAION JUNIOR	MCL
02347792	TYLENOL VIT-FONDU	MCL

ST 80MG/ML GOUTTES

01905864	ACETAMINOPHÈNE	TLI
00887587	PDP-ACETAMINOPHÈNE	PED
02263793	PEDIAPHEN	EUR
02027801	PEDIATRIX	TEV

28:08.92 DIVERS ANALGÉSIQUES ET ANTIPYRÉTIQUES

ACÉTAMINOPHÈNE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Pour des raisons de sécurité, le Programme des SSNA a une limite de dose pour l'acétaminophène. La limite de dose s'accumule en fonction de la quantité d'acétaminophène réclamée au Programme, ce qui comprend l'acétaminophène ordinaire ou en association avec des opioïdes, comme la codéine (c.-à-d. Tylenol® no 3) ou l'oxycodone (Percocet®). Au total, une quantité de 360 grammes d'acétaminophène est autorisée pour une période de 100 jours, ce qui équivaut à une dose quotidienne totale de 3 600 mg/jour.

ST 80MG/ML GOUTTES

01904140	TANTAPHEN	TAN
00875988	TEMPRA ENFANT	PAL
02046059	TYLENOL	MCL

ST 16MG/ML LIQUIDE

01905848	ACETAMINOPHÈNE	TLI
02263807	PEDIAPHEN	EUR
00792713	PMS-ACETAMINOPHÈNE	PED
00884553	TEMPRA POUR ENFANT	PAL

ST 32MG/ML LIQUIDE

01958836	ACETAMINOPHÈNE	TLI
01901389	JAMP-ACETAMINOPHÈNE	JMP
00792691	PDP-ACETAMINOPHÈNE	PED
02263831	PEDIAPHEN	EUR
02027798	PEDIATRIX	TEV
00875996	TEMPRA POUR ENFANT DOUBLE FORCE	PAL
02046040	TYLENOL	MCL

120MG SUPPOSITOIRE

00553328	ABENOL	GSK
01919385	ABENOL	PED
02230434	ACET 120	PED
02046660	PMS-ACETAMINOPHÈNE	PMS

160MG SUPPOSITOIRE

02230435	ACET	PED

325MG SUPPOSITOIRE

01919393	ABENOL	PED
02230436	ACET 325	PED
02046687	PMS-ACETAMINOPHÈNE	PMS

650MG SUPPOSITOIRE

01919407	ABENOL	PED
02230437	ACET 650	PED
02046695	PMS-ACETAMINOPHÈNE	PMS

FLOCTAFÉNINE

ST 200MG COMPRIMÉ

02244680	FLOCTAFÉNINE	AAP

ST 400MG COMPRIMÉ

02244681	FLOCTAFÉNINE	AAP

28:10.00 ANTIDOTES DES OPIACÉS

NALOXONE (CHLORHYDRATE DE)

INJECTION

09991488	NALOXONE KIT 3 FIOLES/AMP	UNK

28:10.00 ANTIDOTES DES OPIACÉS

NALOXONE (CHLORHYDRATE DE)

0.4MG/ML INJECTION

09991460	NALOXONE TROUSSE	UNK

0.4MG SOLUTION

02453258	S.O.S NALOXONE HYDROCHLORIDE	SDZ

0.4MG/ML SOLUTION

02148706	NALOXONE	SDZ
02382482	NALOXONE	TEL
02382601	NALOXONE	SDZ
02393034	NALOXONE	OMG

1MG/ML SOLUTION

02148714	NALOXONE	SDZ
02393042	NALOXONE	OMG

4MG VAPORISATEUR

02458187	NARCAN	UNK

NALTREXONE (CHLORHYDRATE DE)

50MG COMPRIMÉ

02444275	APO-NALTREXONE	APX
02451883	NALTREXONE HYDROCHLORIDE	UNK
02213826	REVIA	TEV

28:12.04 ANTICONVULSIVANTS - BARBITURIQUES

PHÉNOBARBITAL

100MG COMPRIMÉ

00178829	PHENOBARB	PED

5MG/ML ÉLIXIR

00645575	PHENOBARB	PED

PRIMIDONE

[ST] 125MG COMPRIMÉ

00399310	PRIMIDONE	AAP

[ST] 250MG COMPRIMÉ

00396761	PRIMIDONE	AAP

28:12.08 ANTICONVULSIVANTS - BENZODIAZÉPINES

CLOBAZAM

[ST] 10MG COMPRIMÉ

02244638	APO-CLOBAZAM	APX
02221799	FRISIUM	LUK
02244474	PMS-CLOBAZAM	PMS
02238334	TEVA-CLOBAZAM	TEV

28:12.08 ANTICONVULSIVANTS - BENZODIAZÉPINES

CLONAZÉPAM

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour benzodiazépine, soit 40 mg d'équivalents diazépam par jour. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale des benzodiazépines, c'est-à-dire pour l'ensemble des benzodiazépine administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 100 jours (4 000 équivalents diazépam sur 100 jours). Selon la monographie du médicament diazépam, la posologie orale habituelle recommandée pour un adulte peut aller jusqu'à 40 mg par jour.

[ST] 0.25MG COMPRIMÉ

02442027	CLONAZEPAM	SIV
02179660	PMS-CLONAZEPAM	PMS

[ST] 0.5MG COMPRIMÉ

02177889	APO-CLONAZEPAM	APX
02230366	CLONAPAM	VAE
02442035	CLONAZEPAM	SIV
02270641	CO CLONAZEPAM	OBT
02130998	DOM-CLONAZEPAM	DPC
02224100	DOM-CLONAZEPAM-R	DPC
02048701	PMS-CLONAZEPAM	PMS
02207818	PMS-CLONAZEPAM-R	PMS
02311593	PRO-CLONAZEPAM	PDL
02242077	RIVA-CLONAZEPAM	RIV
00382825	RIVOTRIL	HLR
02233960	SANDOZ CLONAZEPAM	SDZ
02239024	TEVA-CLONAZEPAM	TEV

[ST] 1MG COMPRIMÉ

02230368	CLONAPAM	VAE
02442043	CLONAZEPAM	SIV
02270668	CO CLONAZEPAM	OBT
02048728	PMS-CLONAZEPAM	PMS
02311607	PRO-CLONAZEPAM	PDL
02233982	SANDOZ CLONAZEPAM	SDZ

[ST] 2MG COMPRIMÉ

02177897	APO-CLONAZEPAM	APX
02230369	CLONAPAM	VAE
02442051	CLONAZEPAM	SIV
02270676	CO CLONAZEPAM	OBT
02131013	DOM-CLONAZEPAM	DPC
02048736	PMS-CLONAZEPAM	PMS
02311615	PRO-CLONAZEPAM	PDL
02242078	RIVA-CLONAZEPAM	RIV
00382841	RIVOTRIL	HLR
02233985	SANDOZ CLONAZEPAM	SDZ
02239025	TEVA-CLONAZEPAM	TEV

[ST] PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES

99503020	BENZODIAZÉPINE LIQUIDE ORALE	UNK

28:12.12 ANTICONVULSIVANTS - HYDANTOÏNES

PHÉNYTOÏNE

ST 30MG CAPSULE

00022772	DILANTIN	PFI

ST 100MG CAPSULE

02460912	APO-PHENYTOIN SODIUM	APX
00022780	DILANTIN	PFI

ST 50MG COMPRIMÉ

00023698	DILANTIN INFATABS	PFI

ST 6MG/ML SUSPENSION

00023442	DILANTIN	PFI

ST 25MG/ML SUSPENSION

00023450	DILANTIN	PFI
02250896	TARO-PHENYTOIN	TAR

28:12.20 ANTICONVULSIVANTS - SUCCINIMIDES

ÉTHOSUXIMIDE

ST 250MG CAPSULE

00022799	ZARONTIN	ERF

ST 50MG/ML SIROP

00023485	ZARONTIN	ERF

28:12.92 DIVERS ANTICONVULSIVANTS

ACIDE VALPROÏQUE (DIVALPROEX SODIQUE)

ST 125MG COMPRIMÉ (ENTÉROSOLUBLE)

02239698	APO-DIVALPROEX	APX
02400499	DIVALPROEX	SAN
00596418	EPIVAL	BGP
02458926	MYLAN-DIVALPROEX	MYL
02244138	PMS-DIVALPROEX	PMS
02239701	TEVA-DIVALPROEX	TEV

ST 250MG COMPRIMÉ (ENTÉROSOLUBLE)

02239699	APO-DIVALPROEX	APX
02400502	DIVALPROEX	SAN
00596426	EPIVAL	BGP
02458934	MYLAN-DIVALPROEX	MYL
02244139	PMS-DIVALPROEX	PMS
02239702	TEVA-DIVALPROEX	TEV

ST 500MG COMPRIMÉ (ENTÉROSOLUBLE)

02239700	APO-DIVALPROEX	APX
02400510	DIVALPROEX	SAN
00596434	EPIVAL	BGP
02459019	MYLAN-DIVALPROEX	MYL
02244140	PMS-DIVALPROEX	PMS
02239703	TEVA-DIVALPROEX	TEV

ACIDE VALPROÏQUE (SODIQUE VALPROATE)

ST 250MG CAPSULE

02238048	APO-VALPROIC	APX
02231030	DOM-VALPROIC ACID	DPC
02100630	NOVO-VALPROIC	TEV
02230768	PMS-VALPROIC ACID	PMS
02239714	SANDOZ VALPROIC	SDZ

ST 500MG CAPSULE (ENTÉROSOLUBLE)

02231031	DOM-VALPROIC ACID	DPC

28:12.92 DIVERS ANTICONVULSIVANTS

ACIDE VALPROÏQUE (SODIQUE VALPROATE)

ST 500MG CAPSULE (ENTÉROSOLUBLE)

02218321	NOVO-VALPROIC	TEV
02229628	PMS-VALPROIC ACID	PMS

ST 50MG/ML SIROP

02238370	APO-VALPROIC	APX
00443832	DEPAKENE	BGP
02238817	DOM-VALPROIC ACID	DPC
02236807	PMS-VALPROIC ACID	PMS

CARBAMAZÉPINE

ST 200MG COMPRIMÉ

00402699	APO CARBAMAZEPINE	APX
00504742	MAZEPINE	BMI
02407515	TARO-CARBAMAZEPINE	TAR
00010405	TEGRETOL	NVR
00782718	TEVA-CARBAMAZEPINE	TEV

ST 100MG COMPRIMÉ (CROQUABLE)

02231542	PMS-CARBAMAZEPINE	PMS
02244403	TARO-CARBAMAZEPINE	TAR

ST 200MG COMPRIMÉ (CROQUABLE)

02231540	PMS-CARBAMAZEPINE	PMS
02244404	TARO-CARBAMAZEPINE	TAR

ST 200MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02413590	CARBAMAZEPINE	PDL
02238222	DOM-CARBAMAZEPINE	DPC
02231543	PMS-CARBAMAZEPINE	PMS
02261839	SANDOZ-CARBAMAZEPINE	SDZ
02237907	TARO-CARBAMAZEPINE	TAR
00773611	TEGRETOL	NVR

ST 400MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02413604	CARBAMAZEPINE	PDL
02238223	DOM-CARBAMAZEPINE	DPC
02231544	PMS-CARBAMAZEPINE	PMS
02261847	SANDOZ-CARBAMAZEPINE	SDZ
02237908	TARO-CARBAMAZEPINE	TAR
00755583	TEGRETOL	NVR

ST 20MG/ML SUSPENSION

02367394	TARO-CARBAMAZEPINE	TAR
02194333	TEGRETOL	NVR

ESLICARBAZÉPINE (ACÉTATE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Traitement adjuvant dans la prise en charge des crises d'épilepsie partielles réfractaires chez les patients qui:
- Sont soignés par un médecin expérimenté dans le traitement de l'épilepsie; ET
- Prennent actuellement deux antiépileptiques ou plus; ET
- Ont une intolérance confirmée à d'autres antiépileptiques ou ont essayé deux autres antiépileptiques qui se sont révélés inefficaces.

ST 200MG COMPRIMÉ

02426862	APTIOM	SPC

ST 400MG COMPRIMÉ

02426870	APTIOM	SPC

ST 600MG COMPRIMÉ

02426889	APTIOM	SPC

28:12.92 DIVERS ANTICONVULSIVANTS

ESLICARBAZÉPINE (ACÉTATE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Traitement adjuvant dans la prise en charge des crises d'épilepsie partielles réfractaires chez les patients qui:
• Sont soignés par un médecin expérimenté dans le traitement de l'épilepsie; ET
• Prennent actuellement deux antiépileptiques ou plus; ET
• Ont une intolérance confirmée à d'autres antiépileptiques ou ont essayé deux autres antiépileptiques qui se sont révélés inefficaces.

ST 800MG COMPRIMÉ

02426897	APTIOM	SPC

GABAPENTINE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Pour des raisons de sécurité, le Programme des SSNA a une limite de dose pour gabapentine. La limite de dose s'accumule en fonction de la quantité de gabapentine réclamée au Programme. Au total, une quantité de 400 grammes de gabapentin est autorisée pour une période de 100 jours, ce qui équivaut à une dose quotidienne totale de 4000 mg/jour.

ST 100MG CAPSULE

02256142	ACT GABAPENTIN	ACG
02244304	APO-GABAPENTIN	APX
02321203	AURO-GABAPENTIN	AUR
02243743	DOM-GABAPENTIN	DPC
02246314	GABAPENTIN	SIV
02353245	GABAPENTIN	SAN
02416840	GABAPENTIN	ACC
02285819	GD-GABAPENTIN	PFI
02361469	JAMP-GABAPENTIN	JMP
02391473	MAR-GABAPENTIN	MAR
02084260	NEURONTIN	PFI
02243446	PMS-GABAPENTIN	PMS
02310449	PRO-GABAPENTIN	PDL
02319055	RAN-GABAPENTIN	RBY
02251167	RIVA-GABAPENTIN	RIV
02244513	TEVA-GABAPENTIN	TEV

ST 300MG CAPSULE

02256150	ACT GABAPENTIN	ACG
02244305	APO-GABAPENTIN	APX
02321211	AURO-GABAPENTIN	AUR
02243744	DOM-GABAPENTIN	DPC
02246315	GABAPENTIN	SIV
02353253	GABAPENTIN	SAN
02416859	GABAPENTIN	ACC
02285827	GD-GABAPENTIN	PFI
02361485	JAMP-GABAPENTIN	JMP
02391481	MAR-GABAPENTIN	MAR
02084279	NEURONTIN	PFI
02243447	PMS-GABAPENTIN	PMS
02310457	PRO-GABAPENTIN	PDL
02319063	RAN-GABAPENTIN	RBY
02251175	RIVA-GABAPENTIN	RIV
02244514	TEVA-GABAPENTIN	TEV

28:12.92 DIVERS ANTICONVULSIVANTS

GABAPENTINE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Pour des raisons de sécurité, le Programme des SSNA a une limite de dose pour gabapentine. La limite de dose s'accumule en fonction de la quantité de gabapentine réclamée au Programme. Au total, une quantité de 400 grammes de gabapentin est autorisée pour une période de 100 jours, ce qui équivaut à une dose quotidienne totale de 4000 mg/jour.

ST 400MG CAPSULE

02256169	ACT GABAPENTIN	ACG
02244306	APO-GABAPENTIN	APX
02321238	AURO-GABAPENTIN	AUR
02243745	DOM-GABAPENTIN	DPC
02246316	GABAPENTIN	SIV
02353261	GABAPENTIN	SAN
02416867	GABAPENTIN	ACC
02361493	JAMP-GABAPENTIN	JMP
02391503	MAR-GABAPENTIN	MAR
02084287	NEURONTIN	PFI
02243448	PMS-GABAPENTIN	PMS
02310465	PRO-GABAPENTIN	PDL
02319071	RAN-GABAPENTIN	RBY
02251183	RIVA-GABAPENTIN	RIV
02244515	TEVA-GABAPENTIN	TEV

ST 600MG COMPRIMÉ

02293358	APO-GABAPENTIN	APX
02388200	GABAPENTIN	SIV
02392526	GABAPENTIN	ACC
02431289	GABAPENTIN	SAN
02285843	GD-GABAPENTIN	PFI
02402289	JAMP-GABAPENTIN	JMP
02239717	NEURONTIN	PFI
02255898	PMS-GABAPENTIN	PMS
02310473	PRO-GABAPENTIN	PDL
02259796	RIVA-GABAPENTIN	RIV
02248457	TEVA-GABAPENTIN	TEV

ST 800MG COMPRIMÉ

02293366	APO-GABAPENTIN	APX
02388219	GABAPENTIN	SIV
02392534	GABAPENTIN	ACC
02431297	GABAPENTIN	SAN
02402297	JAMP-GABAPENTIN	JMP
02239718	NEURONTIN	PFI
02255901	PMS-GABAPENTIN	PMS
02310481	PRO-GABAPENTIN	PDL
02259818	RIVA-GABAPENTIN	RIV
02247346	TEVA-GABAPENTIN	TEV

ST 800MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION IMMÉDIATE)

02411008	GABAPENTIN	GLK

28:12.92 DIVERS ANTICONVULSIVANTS

LACOSAMIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Traitement adjuvant dans la prise en charge des crises d'épilepsie partielles réfractaires chez les patients qui:
• sont soignés par un médecin expérimenté dans le traitement de l'épilepsie; ET
• prennent actuellement deux antiépileptiques ou plus; ET
• ont une intolérance confirmée à d'autres antiépileptiques ou ont essayé deux autres antiépileptiques qui se sont révélés inefficaces.

ST 50MG COMPRIMÉ

02357615	VIMPAT	UCB

ST 100MG COMPRIMÉ

02357623	VIMPAT	UCB

ST 150MG COMPRIMÉ

02357631	VIMPAT	UCB

ST 200MG COMPRIMÉ

02357658	VIMPAT	UCB

LAMOTRIGINE

ST 2MG COMPRIMÉ

02243803	LAMICTAL	GSK

ST 5MG COMPRIMÉ

02240115	LAMICTAL	GSK

ST 25MG COMPRIMÉ

02245208	APO-LAMOTRIGINE	APX
02381354	AURO-LAMOTRIGINE	AUR
02142082	LAMICTAL	GSK
02302969	LAMOTRIGINE	PDL
02343010	LAMOTRIGINE	SAN
02428202	LAMOTRIGINE	SIV
02265494	MYLAN-LAMOTRIGINE	MYL
02246897	PMS-LAMOTRIGINE	PMS
02248232	TEVA-LAMOTRIGINE	TEV

ST 100MG COMPRIMÉ

02245209	APO-LAMOTRIGINE	APX
02381362	AURO-LAMOTRIGINE	AUR
02142104	LAMICTAL	GSK
02302985	LAMOTRIGINE	PDL
02343029	LAMOTRIGINE	SAN
02428210	LAMOTRIGINE	SIV
02265508	MYLAN-LAMOTRIGINE	MYL
02246898	PMS-LAMOTRIGINE	PMS
02248233	TEVA-LAMOTRIGINE	TEV

ST 150MG COMPRIMÉ

02245210	APO-LAMOTRIGINE	APX
02381370	AURO-LAMOTRIGINE	AUR
02142112	LAMICTAL	GSK
02302993	LAMOTRIGINE	PDL
02343037	LAMOTRIGINE	SAN
02428229	LAMOTRIGINE	SIV
02265516	MYLAN-LAMOTRIGINE	MYL
02246899	PMS-LAMOTRIGINE	PMS
02248234	TEVA-LAMOTRIGINE	TEV

28:12.92 DIVERS ANTICONVULSIVANTS

LÉVÉTIRACÉTAM

ST 250MG COMPRIMÉ

02274183	ACT LEVETIRACETAM	ACG
02285924	APO-LEVETIRACETAM	APX
02375249	AURO-LEVETIRACETAM	AUR
02403005	JAMP-LEVETIRACETAM	JMP
02247027	KEPPRA	UCB
02353342	LEVETIRACETAM	SAN
02399776	LEVETIRACETAM	ACC
02442531	LEVETIRACETAM	SIV
02454653	LEVETIRACETAM	PMS
02440202	NAT-LEVETIRACETAM	NPH
02296101	PMS-LEVETIRACETAM	PMS
02396106	RAN-LEVETIRACETAM	RBY
02461986	SANDOZ LEVETIRACETAM	SDZ

ST 500MG COMPRIMÉ

02274191	ACT LEVETIRACETAM	ACG
02285932	APO-LEVETIRACETAM	APX
02375257	AURO-LEVETIRACETAM	AUR
02297418	DOM-LEVETIRACETAM	DPC
02403021	JAMP-LEVETIRACETAM	JMP
02247028	KEPPRA	UCB
02353350	LEVETIRACETAM	SAN
02399784	LEVETIRACETAM	ACC
02442558	LEVETIRACETAM	SIV
02454661	LEVETIRACETAM	PMS
02440210	NAT-LEVETIRACETAM	NPH
02296128	PMS-LEVETIRACETAM	PMS
02311380	PRO-LEVETIRACETAM	PDL
02396114	RAN-LEVETIRACETAM	RBY
02461994	SANDOZ LEVETIRACETAM	SDZ

ST 750MG COMPRIMÉ

02274205	ACT LEVETIRACETAM	ACG
02285940	APO-LEVETIRACETAM	APX
02375265	AURO-LEVETIRACETAM	AUR
02403048	JAMP-LEVETIRACETAM	JMP
02247029	KEPPRA	UCB
02353369	LEVETIRACETAM	SAN
02399792	LEVETIRACETAM	ACC
02442566	LEVETIRACETAM	SIV
02454688	LEVETIRACETAM	PMS
02440229	NAT-LEVETIRACETAM	NPH
02296136	PMS-LEVETIRACETAM	PMS
02311399	PRO-LEVETIRACETAM	PDL
02396122	RAN-LEVETIRACETAM	RBY
02462001	SANDOZ LEVETIRACETAM	SDZ

PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES

99503026	LEVETIRACETAM LIQUIDE ORALE	UNK

28:12.92 DIVERS ANTICONVULSIVANTS

PRÉGABALINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des douleurs neuropathiques de patients lorsque l'essai d'un antidépresseur tricyclique (ATC) a échoué;
OU
Pour le traitement des douleurs neuropathiques de patients lorsqu'un antidépresseur tricyclique (ATC) est contre-indiqué pour le patient ou lorsque le patient est intolérant à un ATC.

La couverture de prégabaline est limitée à un maximum de 600 mg par jour.

25MG CAPSULE

02402912	ACT PREGABALIN	ACG
02394235	APO-PREGABALIN	APX
02433869	AURO-PREGABALIN	AUR
02402556	DOM-PREGABALIN	DPC
02435977	JAMP-PREGABALIN	JMP
02268418	LYRICA	PFI
02417529	MAR-PREGABALIN	MAR
02423804	MINT-PREGABALIN	MIN
02467291	M-PREGABALIN	MAN
02382210	MYLAN-PREGABALIN	MYL
02359596	PMS-PREGABALIN	PMS
02396483	PREGABALIN	PDL
02403692	PREGABALIN	SIV
02405539	PREGABALIN	SAN
02392801	RAN-PREGABALIN	RBY
02377039	RIVA-PREGABALIN	RIV
02390817	SANDOZ PREGABALIN	SDZ
02361159	TEVA-PREGABALIN	TEV

50MG CAPSULE

02402920	ACT PREGABALIN	ACG
02394243	APO-PREGABALIN	APX
02433877	AURO-PREGABALIN	AUR
02402564	DOM-PREGABALIN	DPC
02435985	JAMP-PREGABALIN	JMP
02268426	LYRICA	PFI
02417537	MAR-PREGABALIN	MAR
02423812	MINT-PREGABALIN	MIN
02467305	M-PREGABALIN	MAN
02382229	MYLAN-PREGABALIN	MYL
02359618	PMS-PREGABALIN	PMS
02396505	PREGABALIN	PDL
02403706	PREGABALIN	SIV
02405547	PREGABALIN	SAN
02392828	RAN-PREGABALIN	RBY
02377047	RIVA-PREGABALIN	RIV
02390825	SANDOZ PREGABALIN	SDZ
02361175	TEVA-PREGABALIN	TEV

75MG CAPSULE

02402939	ACT PREGABALIN	ACG
02394251	APO-PREGABALIN	APX
02433885	AURO-PREGABALIN	AUR
02402572	DOM-PREGABALIN	DPC
02435993	JAMP-PREGABALIN	JMP
02268434	LYRICA	PFI

28:12.92 DIVERS ANTICONVULSIVANTS

PRÉGABALINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des douleurs neuropathiques de patients lorsque l'essai d'un antidépresseur tricyclique (ATC) a échoué;
OU
Pour le traitement des douleurs neuropathiques de patients lorsqu'un antidépresseur tricyclique (ATC) est contre-indiqué pour le patient ou lorsque le patient est intolérant à un ATC.

La couverture de prégabaline est limitée à un maximum de 600 mg par jour.

75MG CAPSULE

02417545	MAR-PREGABALIN	MAR
02424185	MINT-PREGABALIN	MIN
02467313	M-PREGABALIN	MAN
02382237	MYLAN-PREGABALIN	MYL
02359626	PMS-PREGABALIN	PMS
02396513	PREGABALIN	PDL
02403714	PREGABALIN	SIV
02405555	PREGABALIN	SAN
02392836	RAN-PREGABALIN	RBY
02377055	RIVA-PREGABALIN	RIV
02390833	SANDOZ PREGABALIN	SDZ
02361183	TEVA-PREGABALIN	TEV

150MG CAPSULE

02402955	ACT PREGABALIN	ACG
02394278	APO-PREGABALIN	APX
02433907	AURO-PREGABALIN	AUR
02402580	DOM-PREGABALIN	DPC
02436000	JAMP-PREGABALIN	JMP
02268450	LYRICA	PFI
02417561	MAR-PREGABALIN	MAR
02424207	MINT-PREGABALIN	MIN
02467321	M-PREGABALIN	MAN
02382245	MYLAN-PREGABALIN	MYL
02359634	PMS-PREGABALIN	PMS
02396521	PREGABALIN	PDL
02403722	PREGABALIN	SIV
02405563	PREGABALIN	SAN
02392844	RAN-PREGABALIN	RBY
02377063	RIVA-PREGABALIN	RIV
02390841	SANDOZ PREGABALIN	SDZ
02361205	TEVA-PREGABALIN	TEV

300MG CAPSULE

02402998	ACT PREGABALIN	ACG
02394294	APO-PREGABALIN	APX
02436019	JAMP-PREGABALIN	JMP
02268485	LYRICA	PFI
02382253	MYLAN-PREGABALIN	MYL
02359642	PMS-PREGABALIN	PMS
02396548	PREGABALIN	PDL
02403730	PREGABALIN	SIV
02405598	PREGABALIN	SAN
02392860	RAN-PREGABALIN	RBY
02377071	RIVA-PREGABALIN	RIV
02390868	SANDOZ PREGABALIN	SDZ

28:12.92 DIVERS ANTICONVULSIVANTS

PRÉGABALINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des douleurs neuropathiques de patients lorsque l'essai d'un antidépresseur tricyclique (ATC) a échoué; OU
Pour le traitement des douleurs neuropathiques de patients lorsqu'un antidépresseur tricyclique (ATC) est contre-indiqué pour le patient ou lorsque le patient est intolérant à un ATC.

La couverture de prégabaline est limitée à un maximum de 600 mg par jour.

ST	**300MG CAPSULE**		
	02361248	TEVA-PREGABALIN	TEV

RUFINAMIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

• Pour le traitement d'appoint des crises associées au syndrome de Lennox-Gastaux chez les adultes et chez les enfants de 4 ans et plus quand le médicament est prescrit par un neurologue ou un spécialiste d'expérience.
• L'utilisation d'au moins deux antiépileptiques d'appoint n'a pas donné de résultat ou est contre-indiquée chez le patient ou le patient est intolérant à au-moins deux antiépileptiques d'appoint.

ST	**100MG COMPRIMÉ**		
	02369613	BANZEL	EIS
ST	**200MG COMPRIMÉ**		
	02369621	BANZEL	EIS
ST	**400MG COMPRIMÉ**		
	02369648	BANZEL	EIS

TOPIRAMATE

ST	**15MG CAPSULE**		
	02239907	TOPAMAX	JSO
ST	**25MG CAPSULE**		
	02239908	TOPAMAX	JSO
ST	**25MG COMPRIMÉ**		
	02351307	ACCEL-TOPIRAMATE	ACP
	02287765	ACT TOPIRAMATE	ACG
	02279614	APO-TOPIRAMATE	APX
	02345803	AURO-TOPIRAMATE	APL
	02271141	DOM-TOPIRAMATE	DPC
	02435608	JAMP-TOPIRAMATE	JMP
	02432099	MAR-TOPIRAMATE	MAR
	02315645	MINT-TOPIRAMATE	MIN
	02263351	MYLAN-TOPIRAMATE	MYL
	02262991	PMS-TOPIRAMATE	PMS
	02313650	PRO-TOPIRAMATE	PDL
	02396076	RAN-TOPIRAMATE	RBY
	02260050	SANDOZ TOPIRAMATE	SDZ
	02431807	SANDOZ TOPIRAMATE	SDZ
	02248860	TEVA-TOPIRAMATE	TEV
	02230893	TOPAMAX	JSO
	02356856	TOPIRAMATE	SAN
	02389460	TOPIRAMATE	SIV
	02395738	TOPIRAMATE	ACC

28:12.92 DIVERS ANTICONVULSIVANTS

TOPIRAMATE

ST	**50MG COMPRIMÉ**		
	02312085	PMS-TOPIRAMATE	PMS
ST	**100MG COMPRIMÉ**		
	02351315	ACCEL-TOPIRAMATE	ACP
	02287773	ACT TOPIRAMATE	ACG
	02279630	APO-TOPIRAMATE	APX
	02345838	AURO-TOPIRAMATE	APL
	02271168	DOM-TOPIRAMATE	DPC
	02435616	JAMP-TOPIRAMATE	JMP
	02432102	MAR-TOPIRAMATE	MAR
	02315653	MINT-TOPIRAMATE	MIN
	02263378	MYLAN-TOPIRAMATE	MYL
	02263009	PMS-TOPIRAMATE	PMS
	02313669	PRO-TOPIRAMATE	PDL
	02396084	RAN-TOPIRAMATE	RBY
	02260069	SANDOZ TOPIRAMATE	SDZ
	02431815	SANDOZ TOPIRAMATE	SDZ
	02248861	TEVA-TOPIRAMATE	TEV
	02230894	TOPAMAX	JSO
	02356864	TOPIRAMATE	SAN
	02389487	TOPIRAMATE	SIV
	02395746	TOPIRAMATE	ACC
ST	**200MG COMPRIMÉ**		
	02351323	ACCEL-TOPIRAMATE	ACP
	02287781	ACT TOPIRAMATE	ACG
	02279649	APO-TOPIRAMATE	APX
	02345846	AURO-TOPIRAMATE	APL
	02271176	DOM-TOPIRAMATE	DPC
	02435624	JAMP-TOPIRAMATE	JMP
	02432110	MAR-TOPIRAMATE	MAR
	02315661	MINT-TOPIRAMATE	MIN
	02263386	MYLAN-TOPIRAMATE	MYL
	02263017	PMS-TOPIRAMATE	PMS
	02313677	PRO-TOPIRAMATE	PDL
	02396092	RAN-TOPIRAMATE	RBY
	02267837	SANDOZ TOPIRAMATE	SDZ
	02431823	SANDOZ TOPIRAMATE	SDZ
	02248862	TEVA-TOPIRAMATE	TEV
	02230896	TOPAMAX	JSO
	02356872	TOPIRAMATE	SAN
	02395754	TOPIRAMATE	ACC
	PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES		
	99503027	TOPIRAMATE LIQUIDE ORALE	UNK

VIGABATRINE

ST	**500MG COMPRIMÉ**		
	02065819	SABRIL	LUK
ST	**500MG POUDRE**		
	02068036	SABRIL	LUK

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS

AMITRIPTYLINE (CHLORHYDRATE D')

ST	**10MG COMPRIMÉ**		
	00370991	AMITRIPTYLINE	PDL
	02403137	APO-AMITRIPTYLINE	APX
	00335053	ELAVIL	AAP

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS

AMITRIPTYLINE (CHLORHYDRATE D')

ST **10MG COMPRIMÉ**

02435527	JAMP-AMITRIPTYLINE	JMP
00293911	LEVATE	BMI
02429861	MAR-AMITRIPTYLINE	MAR
00654523	PMS-AMITRIPTYLINE	PMS
02326043	TEVA-AMITRIPTYLINE	TEV

ST **25MG COMPRIMÉ**

00371009	AMITRIPTYLINE	PDL
02403145	APO-AMITRIPTYLINE	APX
00335061	ELAVIL	AAP
02435535	JAMP-AMITRIPTYLINE	JMP
02429888	MAR-AMITRIPTYLINE	MAR
00654515	PMS-AMITRIPTYLINE	PMS
02326051	TEVA-AMITRIPTYLINE	TEV

ST **50MG COMPRIMÉ**

00456349	AMITRIPTYLINE	PDL
02403153	APO-AMITRIPTYLINE	APX
00335088	ELAVIL	AAP
02435543	JAMP-AMITRIPTYLINE	JMP
00271152	LEVATE	BMI
02429896	MAR-AMITRIPTYLINE	MAR
00654507	PMS-AMITRIPTYLINE	PMS
02326078	TEVA-AMITRIPTYLINE	TEV

ST **75MG COMPRIMÉ**

02403161	APO-AMITRIPTYLINE	APX
00754129	ELAVIL	AAP
02435551	JAMP-AMITRIPTYLINE	JMP
00405612	LEVATE	BMI
02429918	MAR-AMITRIPTYLINE	MAR

BUPROPION (CHLORHYDRATE DE) (WELLBUTRIN)

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Couverture de Wellbutrin XL et le bupropion SR a une limite de dose jusqu'à concurrence de 300 mg par jour. (Notez que ce médicament ne sera pas approuvé pour cesser l'usage du tabac).

ST **100MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)**

02331616	BUPROPION SR	PDL
02391562	BUPROPION SR	SAN
02325373	PMS-BUPROPION SR	PMS
02285657	RATIO-BUPROPION	TEV
02275074	SANDOZ BUPROPION SR	SDZ

ST **150MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)**

02439654	ACT BUPROPION XL	ACG
02325357	BUPROPION SR	PDL
02391570	BUPROPION SR	SAN
02382075	MYLAN-BUPROPION XL	MYL
02313421	PMS-BUPROPION SR	PMS
02285665	RATIO-BUPROPION	TEV
02275082	SANDOZ BUPROPION SR	SDZ
02237825	WELLBUTRIN SR	VAE
02275090	WELLBUTRIN XL	VAE

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS

BUPROPION (CHLORHYDRATE DE) (WELLBUTRIN)

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Couverture de Wellbutrin XL et le bupropion SR a une limite de dose jusqu'à concurrence de 300 mg par jour. (Notez que ce médicament ne sera pas approuvé pour cesser l'usage du tabac).

ST **300MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)**

02439662	ACT BUPROPION XL	ACG
02382083	MYLAN-BUPROPION XL	MYL
02275104	WELLBUTRIN XL	VAE

BUPROPION (CHLORHYDRATE DE) (ZYBAN)

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Auxiliaire temporaire au tabagisme:

Le produit sera fourni en quantité pouvant aller jusqu'à 180 comprimés sur une période d'une année. La période d'un an débute le jour de la première ordonnance. Lorsque la quantité de 180 comprimés sera atteinte le client sera de nouveau admissible au traitement au chlorhydrate de bupropion lorsqu'une année se sera écoulée depuis le jour où l'ordonnance initiale a été remplie.

ST **150MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)**

02238441	ZYBAN	VAE

CITALOPRAM HYDROBROMIDE

ST **10MG COMPRIMÉ**

02355248	ACCEL-CITALOPRAM	ACP
02448475	BIO-CITALOPRAM	BMI
02325047	CITALOPRAM	PDL
02387948	CITALOPRAM	SIV
02430517	CITALOPRAM	JMP
02445719	CITALOPRAM	SAN
02273055	DOM-CITALOPRAM	DPC
02370085	JAMP-CITALOPRAM	JMP
02371871	MAR-CITALOPRAM	MAR
02370077	MINT-CITALOPRAM	MIN
02429691	MINT-CITALOPRAM	MIN
02409003	NAT-CITALOPRAM	NPH
02270609	PMS-CITALOPRAM	PMS
02303256	RIVA-CITALOPRAM	RIV
02431629	SEPTA-CITALOPRAM	SPT
02312336	TEVA-CITALOPRAM	TEV

ST **20MG COMPRIMÉ**

02355256	ACCEL-CITALOPRAM	ACP
02248050	ACT CITALOPRAM	ACG
02246056	APO-CITALOPRAM	APX
02275562	AURO-CITALOPRAM	AUR
02448491	BIO-CITALOPRAM	BMI
02239607	CELEXA	LUD
02257513	CITALOPRAM	PDL
02353660	CITALOPRAM	SAN
02387956	CITALOPRAM	SIV
02430541	CITALOPRAM	JMP

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS

CITALOPRAM HYDROBROMIDE

ST 20MG COMPRIMÉ

02248942	DOM-CITALOPRAM	DPC
02313405	JAMP-CITALOPRAM	JMP
02371898	MAR-CITALOPRAM	MAR
02304686	MINT-CITALOPRAM	MIN
02429705	MINT-CITALOPRAM	MIN
02246594	MYLAN-CITALOPRAM	MYL
02409011	NAT-CITALOPRAM	NPH
02248010	PMS-CITALOPRAM	PMS
02285622	RAN-CITALO	RBY
02303264	RIVA-CITALOPRAM	RIV
02248170	SANDOZ CITALOPRAM	SDZ
02355272	SEPTA-CITALOPRAM	SPT
02293218	TEVA-CITALOPRAM	TEV

ST 30MG COMPRIMÉ

02296152	CTP 30	SPC

ST 40MG COMPRIMÉ

02355264	ACCEL-CITALOPRAM	ACP
02248051	ACT CITALOPRAM	ACG
02246057	APO-CITALOPRAM	APX
02275570	AURO-CITALOPRAM	AUR
02448513	BIO-CITALOPRAM	BMI
02239608	CELEXA	LUD
02257521	CITALOPRAM	PDL
02353679	CITALOPRAM	SAN
02387964	CITALOPRAM	SIV
02430568	CITALOPRAM	JMP
02248943	DOM-CITALOPRAM	DPC
02313413	JAMP-CITALOPRAM	JMP
02371901	MAR-CITALOPRAM	MAR
02304694	MINT-CITALOPRAM	MIN
02429713	MINT-CITALOPRAM	MIN
02246595	MYLAN-CITALOPRAM	MYL
02409038	NAT-CITALOPRAM	NPH
02248011	PMS-CITALOPRAM	PMS
02285630	RAN-CITALO	RBY
02303272	RIVA-CITALOPRAM	RIV
02248171	SANDOZ CITALOPRAM	SDZ
02355280	SEPTA-CITALOPRAM	SPT
02293226	TEVA-CITALOPRAM	TEV

CLOMIPRAMINE (CHLORHYDRATE DE)

ST 10MG COMPRIMÉ

00330566	ANAFRANIL	AAP

ST 25MG COMPRIMÉ

00324019	ANAFRANIL	AAP

ST 50MG COMPRIMÉ

00402591	ANAFRANIL	AAP

DESIPRAMINE (CHLORHYDRATE DE)

ST 10MG COMPRIMÉ

02216248	DESIPRAMINE	AAP
02223341	NOVO-DESIPRAMINE	NOP

ST 25MG COMPRIMÉ

02216256	DESIPRAMINE	AAP
02223325	NOVO-DESIPRAMINE	NOP

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS

DESIPRAMINE (CHLORHYDRATE DE)

ST 50MG COMPRIMÉ

02216264	DESIPRAMINE	AAP
02223333	NOVO-DESIPRAMINE	NOP
01946277	PMS DESIPRAMINE	PMS

ST 75MG COMPRIMÉ

02216272	DESIPRAMINE	AAP
02223368	NOVO-DESIPRAMINE	NOP
01946242	PMS DESIPRAMINE	PMS

ST 100MG COMPRIMÉ

02216280	DESIPRAMINE	AAP

DOXÉPINE (CHLORHYDRATE DE)

ST 10MG CAPSULE

02049996	DOXEPIN	APX
00024325	SINEQUAN	AAP

ST 25MG CAPSULE

02050005	DOXEPIN	APX
00024333	SINEQUAN	AAP

ST 50MG CAPSULE

02050013	DOXEPIN	APX
00024341	SINEQUAN	AAP

ST 75MG CAPSULE

02050021	DOXEPIN	APX
00400750	SINEQUAN	AAP

ST 100MG CAPSULE

02050048	DOXEPIN	APX
00326925	SINEQUAN	AAP

ST 150MG CAPSULE

02050056	DOXEPIN	APX

DULOXÉTINE (CHLORHYDRATE DE)

ST 30MG CAPSULE (LIBÉRATION RETARDÉE)

02440423	APO-DULOXETINE	APX
02436647	AURO-DULOXETINE	AUR
02301482	CYMBALTA	LIL
02452650	DULOXETINE	PDL
02453630	DULOXETINE	SIV
02437082	DULOXETINE DR	TEV
02451913	JAMP-DULOXETINE	JMP
02446081	MAR-DULOXETINE	MAR
02438984	MINT-DULOXETINE	MIN
02426633	MYLAN-DULOXETINE	MYL
02429446	PMS-DULOXETINE	PMS
02438259	RAN-DULOXETINE	RBY
02451077	RIVA-DULOXETINE	RIV
02439948	SANDOZ DULOXETINE	SDZ

ST 60MG CAPSULE (LIBÉRATION RETARDÉE)

02440431	APO-DULOXETINE	APX
02436655	AURO-DULOXETINE	AUR
02301490	CYMBALTA	LIL
02452669	DULOXETINE	PDL
02453649	DULOXETINE	SIV
02437090	DULOXETINE DR	TEV
02451921	JAMP-DULOXETINE	JMP
02446103	MAR-DULOXETINE	MAR
02438992	MINT-DULOXETINE	MIN

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS

DULOXÉTINE (CHLORHYDRATE DE)

	60MG CAPSULE (LIBÉRATION RETARDÉE)	
02426641	MYLAN-DULOXETINE	MYL
02429454	PMS-DULOXETINE	PMS
02438267	RAN-DULOXETINE	RBY
02451085	RIVA-DULOXETINE	RIV
02439956	SANDOZ DULOXETINE	SDZ

ESCITALOPRAM (OXALATE D')

	10MG COMPRIMÉ	
02434652	ACH-ESCITALOPRAM	ACC
02313561	ACT ESCITALOPRAM	ACG
02295016	APO-ESCITALOPRAM	APX
02397358	AURO-ESCITALOPRAM	AUR
02263238	CIPRALEX	LUD
02424401	ESCITALOPRAM	PDL
02429039	ESCITALOPRAM	SIV
02430118	ESCITALOPRAM	SAN
02429780	JAMP-ESCITALOPRAM	JMP
02423480	MAR-ESCITALOPRAM	MAR
02407418	MINT-ESCITALOPRAM	MIN
02309467	MYLAN-ESCITALOPRAM	MYL
02440296	NAT-ESCITALOPRAM	NPH
02303949	PMS-ESCITALOPRAM	PMS
02426331	PRIVA-ESCITALOPRAM	PHA
02385481	RAN-ESCITALOPRAM	RBY
02428830	RIVA-ESCITALOPRAM	RIV
02364077	SANDOZ ESCITALOPRAM	SDZ
02318180	TEVA-ESCITALOPRAM	TEV
	20MG COMPRIMÉ	
02434660	ACH-ESCITALOPRAM	ACC
02313588	ACT ESCITALOPRAM	ACG
02295024	APO-ESCITALOPRAM	APX
02397374	AURO-ESCITALOPRAM	AUR
02263254	CIPRALEX	LUD
02424428	ESCITALOPRAM	PDL
02429047	ESCITALOPRAM	SIV
02430126	ESCITALOPRAM	SAN
02429799	JAMP-ESCITALOPRAM	JMP
02423502	MAR-ESCITALOPRAM	MAR
02407434	MINT-ESCITALOPRAM	MIN
02309475	MYLAN-ESCITALOPRAM	MYL
02440318	NAT-ESCITALOPRAM	NPH
02303965	PMS-ESCITALOPRAM	PMS
02426358	PRIVA-ESCITALOPRAM	PHA
02385503	RAN-ESCITALOPRAM	RBY
02428857	RIVA-ESCITALOPRAM	RIV
02364085	SANDOZ ESCITALOPRAM	SDZ
02318202	TEVA-ESCITALOPRAM	TEV
	10MG COMPRIMÉ (DISSOLUTION ORALE)	
02454297	ACT ESCITALOPRAM ODT	ACG
02391449	CIPRALEX MELTZ	LUD
	20MG COMPRIMÉ (DISSOLUTION ORALE)	
02454300	ACT ESCITALOPRAM ODT	ACG
02391457	CIPRALEX MELTZ	LUD

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS

FLUOXÉTINE (CHLORHYDRATE DE)

	10MG CAPSULE	
02393441	ACH-FLUOXETINE	ACC
02242177	ACT FLUOXETINE	REC
02216353	APO-FLUOXETINE	APX
02385627	AURO-FLUOXETINE	AUR
02448424	BIO-FLUOXETINE	BMI
02177617	DOM-FLUOXETINE	DPC
02286068	FLUOXETINE	SAN
02374447	FLUOXETINE	SIV
02401894	JAMP-FLUOXETINE	JMP
02392909	MAR-FLUOXETINE	MAR
02380560	MINT-FLUOXETINE	MIN
02237813	MYLAN-FLUOXETINE	MYL
02177579	PMS-FLUOXETINE	PMS
02314991	PRO-FLUOXETINE	PDL
02018985	PROZAC	LIL
02405695	RAN-FLUOXETINE	RBY
02216582	TEVA-FLUOXETINE	TEV
02432412	VAN-FLUOXETINE	VAN
	20MG CAPSULE	
02383241	ACH-FLUOXETINE	ACC
02242178	ACT FLUOXETINE	REC
02216361	APO-FLUOXETINE	APX
02385635	AURO-FLUOXETINE	AUR
02448432	BIO-FLUOXETINE	BMI
02177625	DOM-FLUOXETINE	DPC
02286076	FLUOXETINE	SAN
02374455	FLUOXETINE	SIV
02386402	JAMP-FLUOXETINE	JMP
02392917	MAR-FLUOXETINE	MAR
02380579	MINT-FLUOXETINE	MIN
02237814	MYLAN-FLUOXETINE	MYL
02177587	PMS-FLUOXETINE	PMS
02315009	PRO-FLUOXETINE	PDL
00636622	PROZAC	LIL
02405709	RAN-FLUOXETINE	RBY
02305488	RIVA-FLUOXETINE	RIV
02216590	TEVA-FLUOXETINE	TEV
02432420	VAN-FLUOXETINE	VAN
	4MG/ML SOLUTION	
02231328	APO-FLUOXETINE	APX
	20MG SOLUTION	
02459361	ODAN-FLUOXETINE	ODN

FLUVOXAMINE (MALÉATE DE)

	50MG COMPRIMÉ	
02255529	ACT FLUVOXAMINE	ACG
02231329	APO-FLUVOXAMINE	APX
02236753	FLUVOXAMINE	PDL
01919342	LUVOX	BGP
02239953	NOVO-FLUVOXAMINE	TEV
02218453	RATIO-FLUVOXAMINE	TEV
02303345	RIVA-FLUVOX	RIV
02247054	SANDOZ FLUVOXAMINE	SDZ
	100MG COMPRIMÉ	
02255537	ACT FLUVOXAMINE	ACG

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS

FLUVOXAMINE (MALÉATE DE)

ST 100MG COMPRIMÉ

02231330	APO-FLUVOXAMINE	APX
02236754	FLUVOXAMINE	PDL
01919369	LUVOX	BGP
02239954	NOVO-FLUVOXAMINE	TEV
02218461	RATIO-FLUVOXAMINE	TEV
02303361	RIVA-FLUVOX	RIV
02247055	SANDOZ FLUVOXAMINE	SDZ

IMIPRAMINE (CHLORHYDRATE D')

ST 10MG COMPRIMÉ

00360201	IMIPRAMINE	AAP
00021504	NOVO-PRAMINE	NOP

ST 25MG COMPRIMÉ

00312797	IMIPRAMINE	AAP

ST 50MG COMPRIMÉ

00326852	IMIPRAMINE	AAP
00021520	NOVO-PRAMINE	NOP

ST 75MG COMPRIMÉ

00644579	IMIPRAMINE	AAP

MAPROTILINE (CHLORHYDRATE DE)

ST 25MG COMPRIMÉ

02158612	TEVA-MAPROTILINE	TEV

ST 50MG COMPRIMÉ

02158620	TEVA-MAPROTILINE	TEV

ST 75MG COMPRIMÉ

02158639	TEVA-MAPROTILINE	TEV

MIRTAZAPINE

ST 15MG COMPRIMÉ

02286610	APO-MIRTAZAPINE	APX
02411695	AURO-MIRTAZAPINE	AUR
02256096	MYLAN-MIRTAZAPINE	MYL
02273942	PMS-MIRTAZAPINE	PMS
02312778	PRO-MIRTAZAPINE	PDL
02250594	SANDOZ MIRTAZAPINE	SDZ

ST 30MG COMPRIMÉ

02286629	APO-MIRTAZAPINE	APX
02411709	AURO-MIRTAZAPINE	AUR
02252287	DOM-MIRTAZAPINE	DPC
02370689	MIRTAZAPINE	SAN
02256118	MYLAN-MIRTAZAPINE	MYL
02248762	PMS-MIRTAZAPINE	PMS
02312786	PRO-MIRTAZAPINE	PDL
02243910	REMERON	FRS
02265265	RIVA-MIRTAZAPINE	RIV
02250608	SANDOZ MIRTAZAPINE	SDZ
02259354	TEVA-MIRTAZAPINE	TEV

ST 45MG COMPRIMÉ

02286637	APO-MIRTAZAPINE	APX
02411717	AURO-MIRTAZAPINE	AUR
02256126	MYLAN-MIRTAZAPINE	MYL

ST 15MG COMPRIMÉ (DISSOLUTION ORALE)

02299801	AURO-MIRTAZAPINE OD	AUR
02248542	REMERON RD	FRS

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS

MIRTAZAPINE

ST 15MG COMPRIMÉ (DISSOLUTION ORALE)

02279894	TEVA-MIRTAZAPINE OD	TEV

ST 30MG COMPRIMÉ (DISSOLUTION ORALE)

02299828	AURO-MIRTAZAPINE OD	AUR
02248543	REMERON RD	FRS
02279908	TEVA-MIRTAZAPINE OD	TEV

ST 45MG COMPRIMÉ (DISSOLUTION ORALE)

02299836	AURO-MIRTAZAPINE OD	AUR
02248544	REMERON RD	FRS
02279916	TEVA-MIRTAZAPINE OD	TEV

MOCLOBÉMIDE

ST 100MG COMPRIMÉ

02232148	MOCLOBEMIDE	AAP
02239746	TEVA-MOCLOBEMIDE	TEV

ST 150MG COMPRIMÉ

00899356	MANERIX	VAE
02232150	MOCLOBEMIDE	AAP
02243218	PMS-MOCLOBEMIDE	PMS
02239747	TEVA-MOCLOBEMIDE	TEV

ST 300MG COMPRIMÉ

02166747	MANERIX	VAE
02240456	MOCLOBEMIDE	AAP
02243219	PMS-MOCLOBEMIDE	PMS
02239748	TEVA-MOCLOBEMIDE	TEV

NORTRIPTYLINE (CHLORHYDRATE DE)

ST 10MG CAPSULE

02223511	APO-NORTRIPTYLINE	APX
00015229	AVENTYL	AAP

ST 25MG CAPSULE

02223538	APO-NORTRIPTYLINE	APX
00015237	AVENTYL	AAP

PAROXETINE (CHLORHYDRATE DE)

ST 10MG COMPRIMÉ

02262746	ACT PAROXETINE	ACG
02240907	APO-PAROXETINE	APX
02383276	AURO-PAROXETINE	AUR
02444909	BIO-PAROXETINE	BMI
02248447	DOM-PAROXETINE	DPC
02368862	JAMP-PAROXETINE	JMP
02411946	MAR-PAROXETINE	MAR
02421372	MINT-PAROXETINE	MIN
02248012	MYLAN-PAROXETINE	MYL
02248913	PAROXETINE	PDL
02282844	PAROXETINE	SAN
02388227	PAROXETINE	SIV
02027887	PAXIL	GSK
02247750	PMS-PAROXETINE	PMS
02248559	RIVA-PAROXETINE	RIV
02269422	SANDOZ PAROXETINE	SDZ
02431777	SANDOZ PAROXETINE	SDZ
02248556	TEVA-PAROXETINE	TEV

ST 20MG COMPRIMÉ

02262754	ACT PAROXETINE	ACG

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS

PAROXETINE (CHLORHYDRATE DE)

ST 20MG COMPRIMÉ

02240908	APO-PAROXETINE	APX
02383284	AURO-PAROXETINE	AUR
02444917	BIO-PAROXETINE	BMI
02248448	DOM-PAROXETINE	DPC
02368870	JAMP-PAROXETINE	JMP
02411954	MAR-PAROXETINE	MAR
02421380	MINT-PAROXETINE	MIN
02248013	MYLAN-PAROXETINE	MYL
02248914	PAROXETINE	PDL
02282852	PAROXETINE	SAN
02388235	PAROXETINE	SIV
01940481	PAXIL	GSK
02247751	PMS-PAROXETINE	PMS
02248560	RIVA-PAROXETINE	RIV
02269430	SANDOZ PAROXETINE	SDZ
02431785	SANDOZ PAROXETINE	SDZ
02248557	TEVA-PAROXETINE	TEV

ST 30MG COMPRIMÉ

02262762	ACT PAROXETINE	ACG
02240909	APO-PAROXETINE	APX
02383292	AURO-PAROXETINE	AUR
02444925	BIO-PAROXETINE	BMI
02248449	DOM-PAROXETINE	DPC
02368889	JAMP-PAROXETINE	JMP
02411962	MAR-PAROXETINE	MAR
02421399	MINT-PAROXETINE	MIN
02248014	MYLAN-PAROXETINE	MYL
02248915	PAROXETINE	PDL
02282860	PAROXETINE	SAN
02388243	PAROXETINE	SIV
01940473	PAXIL	GSK
02247752	PMS-PAROXETINE	PMS
02248561	RIVA-PAROXETINE	RIV
02269449	SANDOZ PAROXETINE	SDZ
02431793	SANDOZ PAROXETINE	SDZ
02248558	TEVA-PAROXETINE	TEV

ST 40MG COMPRIMÉ

02293749	PMS-PAROXETINE	PMS

PHÉNELZINE (SULFATE DE)

ST 15MG COMPRIMÉ

00476552	NARDIL	ERF

SERTRALINE (CHLORHYDRATE DE)

ST 25MG CAPSULE

02287390	ACT SERTRALINE	ACG
02238280	APO-SERTRALINE	APX
02390906	AURO-SERTRALINE	AUR
02445042	BIO-SERTRALINE	BMI
02245748	DOM-SERTRALINE	DPC
02357143	JAMP-SERTRALINE	JMP
02399415	MAR-SERTRALINE	MAR
02402378	MINT-SERTRALINE	MIN
02244838	PMS-SERTRALINE	PMS
02374552	RAN-SERTRALINE	RBY

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS

SERTRALINE (CHLORHYDRATE DE)

ST 25MG CAPSULE

02248496	RIVA-SERTRALINE	RIV
02245159	SANDOZ SERTRALINE	SDZ
02353520	SERTRALINE	SAN
02386070	SERTRALINE	SIV
02469626	SERTRALINE	JMP
02241302	SERTRALINE-25	PDL
02240485	TEVA-SERTRALINE	TEV
02132702	ZOLOFT	PFI

ST 50MG CAPSULE

02287404	ACT SERTRALINE	ACG
02238281	APO-SERTRALINE	APX
02390914	AURO-SERTRALINE	AUR
02445050	BIO-SERTRALINE	BMI
02245749	DOM-SERTRALINE	DPC
02357151	JAMP-SERTRALINE	JMP
02399423	MAR-SERTRALINE	MAR
02402394	MINT-SERTRALINE	MIN
02244839	PMS-SERTRALINE	PMS
02374560	RAN-SERTRALINE	RBY
02248497	RIVA-SERTRALINE	RIV
02245160	SANDOZ SERTRALINE	SDZ
02353539	SERTRALINE	SAN
02386089	SERTRALINE	SIV
02469634	SERTRALINE	JMP
02241303	SERTRALINE-50	PDL
02240484	TEVA-SERTRALINE	TEV
01962817	ZOLOFT	PFI

ST 100MG CAPSULE

02287412	ACT SERTRALINE	ACG
02238282	APO-SERTRALINE	APX
02390922	AURO-SERTRALINE	AUR
02445069	BIO-SERTRALINE	BMI
02245750	DOM-SERTRALINE	DPC
02357178	JAMP-SERTRALINE	JMP
02399431	MAR-SERTRALINE	MAR
02402408	MINT-SERTRALINE	MIN
02244840	PMS-SERTRALINE	PMS
02374579	RAN-SERTRALINE	RBY
02248498	RIVA-SERTRALINE	RIV
02245161	SANDOZ SERTRALINE	SDZ
02353547	SERTRALINE	SAN
02386097	SERTRALINE	SIV
02469642	SERTRALINE	JMP
02241304	SERTRALINE-100	PDL
02240481	TEVA-SERTRALINE	TEV
01962779	ZOLOFT	PFI

TRANYLCYPROMINE (SULFATE DE)

ST 10MG COMPRIMÉ

01919598	PARNATE	GSK

TRAZODONE (CHLORHYDRATE DE)

ST 50MG COMPRIMÉ

02147637	APO-TRAZODONE	APX
02128950	DOM-TRAZODONE	DPC

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS

TRAZODONE (CHLORHYDRATE DE)

ST 50MG COMPRIMÉ

01937227	PMS TRAZODONE	PMS
02277344	RATIO-TRAZODONE	TEV
02144263	TEVA-TRAZODONE	TEV
02164353	TRAZODONE	PDL
02348772	TRAZODONE	SAN

ST 75MG COMPRIMÉ

02237339	PMS-TRAZODONE	PMS

ST 100MG COMPRIMÉ

02147645	APO-TRAZODONE	APX
02128969	DOM-TRAZODONE	DPC
01937235	PMS TRAZODONE	PMS
02277352	RATIO-TRAZODONE	TEV
02144271	TEVA-TRAZODONE	TEV
02164361	TRAZODONE	PDL
02348780	TRAZODONE	SAN

ST 150MG COMPRIMÉ

02147653	APO-TRAZODONE D	APX
02277360	RATIO-TRAZODONE	TEV
02144298	TEVA-TRAZODONE	TEV
02164388	TRAZODONE	PDL
02348799	TRAZODONE	SAN

TRIMIPRAMINE (MALÉATE DE)

ST 75MG CAPSULE

02070987	TRIMIPRAMINE	AAP

ST 12.5MG COMPRIMÉ

00740799	TRIMIPRAMINE	AAP

ST 25MG COMPRIMÉ

00740802	TRIMIPRAMINE	AAP

ST 50MG COMPRIMÉ

00740810	TRIMIPRAMINE	AAP

ST 100MG COMPRIMÉ

00740829	TRIMIPRAMINE	AAP

VENLAFAXINE (CHLORHYDRATE DE)

ST 37.5MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02304317	ACT VENLAFAXINE XR	ACG
02331683	APO-VENLAFAXINE XR	APX
02452839	AURO-VENLAFAXINE XR	AUR
02299291	DOM-VENLAFAXINE XR	DPC
02237279	EFFEXOR XR	PFI
02360020	GD-VENLAFAXINE XR	PFI
02278545	PMS-VENLAFAXINE XR	PMS
02380072	RAN-VENLAFAXINE XR	RBY
02307774	RIVA-VENLAFAXINE XR	RIV
02310317	SANDOZ VENLAFAXINE XR	SDZ
02275023	TEVA-VENLAFAXINE XR	TEV
02339242	VENLAFAXINE XR	PDL
02354713	VENLAFAXINE XR	SAN
02385929	VENLAFAXINE XR	SIV

ST 75MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02304325	ACT VENLAFAXINE XR	ACG
02331691	APO-VENLAFAXINE XR	APX
02452847	AURO-VENLAFAXINE XR	AUR
02299305	DOM-VENLAFAXINE XR	DPC

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS

VENLAFAXINE (CHLORHYDRATE DE)

ST 75MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02237280	EFFEXOR XR	PFI
02360039	GD-VENLAFAXINE XR	PFI
02278553	PMS-VENLAFAXINE XR	PMS
02380080	RAN-VENLAFAXINE XR	RBY
02307782	RIVA-VENLAFAXINE XR	RIV
02310325	SANDOZ VENLAFAXINE XR	SDZ
02275031	TEVA-VENLAFAXINE XR	TEV
02339250	VENLAFAXINE XR	PDL
02354721	VENLAFAXINE XR	SAN
02385937	VENLAFAXINE XR	SIV

ST 150MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02304333	ACT VENLAFAXINE XR	ACG
02331705	APO-VENLAFAXINE XR	APX
02452855	AURO-VENLAFAXINE XR	AUR
02299313	DOM-VENLAFAXINE XR	DPC
02237282	EFFEXOR XR	PFI
02360047	GD-VENLAFAXINE XR	PFI
02310295	MYLAN-VENLAFAXINE XR	MYL
02278561	PMS-VENLAFAXINE XR	PMS
02380099	RAN-VENLAFAXINE XR	RBY
02307790	RIVA-VENLAFAXINE XR	RIV
02310333	SANDOZ VENLAFAXINE XR	SDZ
02275058	TEVA-VENLAFAXINE XR	TEV
02339269	VENLAFAXINE XR	PDL
02354748	VENLAFAXINE XR	SAN
02385945	VENLAFAXINE XR	SIV

28:16.08 TRANQUILLISANTS

ARIPIPRAZOLE

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la schizophrénie et des troubles schizo-affectifs chez les patients:
• qui ont été intolérants ou qui n'ont pas répondu à un essai adéquat d'un autre antipsychotique; OU
• pour lesquels un autre antipsychotique est contre-indiqué.

ST 2MG COMPRIMÉ

02322374	ABILIFY	OTS

ST 5MG COMPRIMÉ

02322382	ABILIFY	OTS

ST 10MG COMPRIMÉ

02322390	ABILIFY	OTS

ST 15MG COMPRIMÉ

02322404	ABILIFY	OTS

ST 20MG COMPRIMÉ

02322412	ABILIFY	OTS

ST 30MG COMPRIMÉ

02322455	ABILIFY	OTS

ARIPIPRAZOLE (MAINTENA)

300MG INJECTION

02420864	ABILIFY MAINTENA	OTS

400MG INJECTION

02420872	ABILIFY MAINTENA	OTS

28:16.08 TRANQUILLISANTS

ASENAPINE (MALÉATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de courte durée des épisodes maniaques ou mixtes associés au trouble bipolaire de type I:
• En monothérapie, lorsque l'essai du lithium ou du divalproex de sodium a échoué ou est contre indiqué et lorsque l'essai de deux antipsychotiques atypiques a échoué en raison d'une intolérance ou d'une absence de réponse; OU
• En association avec le lithium ou le divalproex de sodium, lorsque l'essai de deux antipsychotiques atypiques a échoué en raison d'une intolérance ou d'une absence de réponse.

ST 5MG COMPRIMÉ

02374803	SAPHRIS	FRS

ST 10MG COMPRIMÉ

02374811	SAPHRIS	FRS

CHLORPROMAZINE (CHLORHYDRATE DE)

ST 25MG COMPRIMÉ

00232823	TEVA-CHLORPROMAZINE	TEV

ST 50MG COMPRIMÉ

00232807	TEVA-CHLORPROMAZINE	TEV

ST 100MG COMPRIMÉ

00232831	TEVA-CHLORPROMAZINE	TEV

25MG/ML LIQUIDE

00743518	CHLORPROMAZINE	SDZ

CLOZAPINE

ST 25MG COMPRIMÉ

02248034	AA-CLOZAPINE	AAP
00894737	CLOZARIL	HLS
02247243	GEN-CLOZAPINE	MYL

ST 50MG COMPRIMÉ

02305003	GEN-CLOZAPINE	MYL

ST 100MG COMPRIMÉ

02248035	AA-CLOZAPINE	AAP
00894745	CLOZARIL	HLS
02247244	GEN-CLOZAPINE	MYL

ST 200MG COMPRIMÉ

02305011	GEN-CLOZAPINE	MYL

FLUPENTHIXOL (DICHLORHYDRATE DE)

ST 0.5MG COMPRIMÉ

02156008	FLUANXOL	LUD

ST 3MG COMPRIMÉ

02156016	FLUANXOL	LUD

FLUPENTIXOL (DÉCANOATE DE)

20MG/ML SOLUTION

02156032	FLUANXOL DEPOT	LUD

100MG/ML SOLUTION

02156040	FLUANXOL DEPOT	LUD

FLUPHÉNAZINE (CHLORHYDRATE DE)

ST 1MG COMPRIMÉ

00405345	FLUPHENAZINE	AAP

ST 2MG COMPRIMÉ

00410632	FLUPHENAZINE	AAP

28:16.08 TRANQUILLISANTS

FLUPHÉNAZINE (CHLORHYDRATE DE)

ST 5MG COMPRIMÉ

00405361	FLUPHENAZINE	AAP
00726354	PMS FLUPHENAZINE	PMS

FLUPHÉNAZINE (DÉCANOATE DE)

25MG/ML LIQUIDE

02091275	PMS-FLUPHENAZINE	PMS

100MG/ML LIQUIDE

00755575	MODECATE	BMS
02241928	PMS-FLUPHENAZINE	PMS

HALOPÉRIDOL

ST 0.5MG COMPRIMÉ

00396796	APO HALOPERIDOL	APX
00363685	TEVA-HALOPERIDOL	TEV

ST 1MG COMPRIMÉ

00396818	APO HALOPERIDOL	APX
00363677	TEVA-HALOPERIDOL	TEV

ST 2MG COMPRIMÉ

00363669	TEVA-HALOPERIDOL	TEV

ST 5MG COMPRIMÉ

00363650	TEVA-HALOPERIDOL	TEV

ST 10MG COMPRIMÉ

00463698	APO-HALOPERIDOL	APX
00713449	TEVA-HALOPERIDOL	TEV

ST 20MG COMPRIMÉ

00768820	TEVA-HALOPERIDOL	TEV

ST 2MG/ML SOLUTION

00759503	PMS-HALOPERIDOL	PMS

5MG/ML SOLUTION

00808652	HALOPERIDOL	SDZ
02366010	HALOPERIDOL	OMG

HALOPÉRIDOL (DÉCANOATE D')

50MG/ML LIQUIDE

02130297	HALOPERIDOL LA	SDZ
02230707	PMS-HALOPERIDOL	PMS

100MG/ML LIQUIDE

02130300	HALOPERIDOL LA	SDZ
02239640	HALOPERIDOL LA	OMG
02230708	PMS-HALOPERIDOL	PMS

LOXAPINE (CHLORHYDRATE DE)

ST 25MG/ML SOLUTION

02239101	XYLAC	PED

LOXAPINE (SUCCINATE DE)

ST 2.5MG COMPRIMÉ

02242868	XYLAC	PED

ST 5MG COMPRIMÉ

02239918	DOM-LOXAPINE	DPC
02230837	XYLAC	PED

ST 10MG COMPRIMÉ

02239919	DOM-LOXAPINE	DPC
02230838	XYLAC	PED

ST 25MG COMPRIMÉ

02239920	DOM-LOXAPINE	DPC

28:16.08 TRANQUILLISANTS

LOXAPINE (SUCCINATE DE)

ST 25MG COMPRIMÉ

02230839	XYLAC	PED

ST 50MG COMPRIMÉ

02239921	DOM-LOXAPINE	DPC
02230840	XYLAC	PED

LURASIDONE (CHLORHYDRATE DE)

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la schizophrénie et des troubles schizo-affectifs chez les patients:
• qui ont été intolérants ou qui n'ont pas répondu à un essai adéquat d'un autre antipsychotique; OU
• pour lesquels un autre antipsychotique est contre-indiqué.

ST 20MG COMPRIMÉ

02422050	LATUDA	SPC

ST 40MG COMPRIMÉ

02387751	LATUDA	SPC

ST 60MG COMPRIMÉ

02413361	LATUDA	SPC

ST 80MG COMPRIMÉ

02387778	LATUDA	SPC

ST 120MG COMPRIMÉ

02387786	LATUDA	SPC

MÉTHOTRIMÉPRAZINE (CHLORHYDRATE DE)

ST 2MG COMPRIMÉ

02238403	METHOPRAZINE	AAP

ST 5MG COMPRIMÉ

02238404	METHOPRAZINE	AAP

ST 25MG COMPRIMÉ

02238405	METHOPRAZINE	AAP
01964925	NOVO-MEPRAZINE	NOP

ST 50MG COMPRIMÉ

02238406	METHOPRAZINE	AAP

OLANZAPINE

ST 2.5MG COMPRIMÉ

02325659	ACT OLANZAPINE	ACG
02281791	APO-OLANZAPINE	APX
02417243	JAMP-OLANZAPINE	JMP
02421232	MAR-OLANZAPINE	MAR
02337878	MYLAN-OLANZAPINE	MYL
02311968	OLANZAPINE	PDL
02372819	OLANZAPINE	SAN
02385864	OLANZAPINE	SIV
02303116	PMS-OLANZAPINE	PMS
02403064	RAN-OLANZAPINE	RBY
02337126	RIVA-OLANZAPINE	RIV
02310341	SANDOZ OLANZAPINE	SDZ
02276712	TEVA-OLANZAPINE	TEV
02229250	ZYPREXA	LIL

ST 5MG COMPRIMÉ

02325667	ACT OLANZAPINE	ACG
02281805	APO-OLANZAPINE	APX
02417251	JAMP-OLANZAPINE	JMP
02421240	MAR-OLANZAPINE	MAR

28:16.08 TRANQUILLISANTS

OLANZAPINE

ST 5MG COMPRIMÉ

02337886	MYLAN-OLANZAPINE	MYL
02311976	OLANZAPINE	PDL
02372827	OLANZAPINE	SAN
02385872	OLANZAPINE	SIV
02303159	PMS-OLANZAPINE	PMS
02403072	RAN-OLANZAPINE	RBY
02337134	RIVA-OLANZAPINE	RIV
02310368	SANDOZ OLANZAPINE	SDZ
02276720	TEVA-OLANZAPINE	TEV
02229269	ZYPREXA	LIL

ST 7.5MG COMPRIMÉ

02325675	ACT OLANZAPINE	ACG
02281813	APO-OLANZAPINE	APX
02417278	JAMP-OLANZAPINE	JMP
02421259	MAR-OLANZAPINE	MAR
02337894	MYLAN-OLANZAPINE	MYL
02311984	OLANZAPINE	PDL
02372835	OLANZAPINE	SAN
02385880	OLANZAPINE	SIV
02303167	PMS-OLANZAPINE	PMS
02403080	RAN-OLANZAPINE	RBY
02337142	RIVA-OLANZAPINE	RIV
02310376	SANDOZ OLANZAPINE	SDZ
02276739	TEVA-OLANZAPINE	TEV
02229277	ZYPREXA	LIL

ST 10MG COMPRIMÉ

02325683	ACT OLANZAPINE	ACG
02281821	APO-OLANZAPINE	APX
02417286	JAMP-OLANZAPINE	JMP
02421267	MAR-OLANZAPINE	MAR
02337908	MYLAN-OLANZAPINE	MYL
02311992	OLANZAPINE	PDL
02372843	OLANZAPINE	SAN
02385899	OLANZAPINE	SIV
02303175	PMS-OLANZAPINE	PMS
02403099	RAN-OLANZAPINE	RBY
02337150	RIVA-OLANZAPINE	RIV
02310384	SANDOZ OLANZAPINE	SDZ
02276747	TEVA-OLANZAPINE	TEV
02229285	ZYPREXA	LIL

ST 15MG COMPRIMÉ

02325691	ACT OLANZAPINE	ACG
02281848	APO-OLANZAPINE	APX
02417294	JAMP-OLANZAPINE	JMP
02421275	MAR-OLANZAPINE	MAR
02337916	MYLAN-OLANZAPINE	MYL
02312018	OLANZAPINE	PDL
02372851	OLANZAPINE	SAN
02385902	OLANZAPINE	SIV
02303183	PMS-OLANZAPINE	PMS
02403102	RAN-OLANZAPINE	RBY
02337169	RIVA-OLANZAPINE	RIV
02310392	SANDOZ OLANZAPINE	SDZ
02276755	TEVA-OLANZAPINE	TEV

28:16.08 TRANQUILLISANTS

OLANZAPINE

15MG COMPRIMÉ

02238850	ZYPREXA	LIL

20MG COMPRIMÉ

02417308	JAMP-OLANZAPINE	JMP

5MG COMPRIMÉ (DISSOLUTION ORALE)

02327562	ACT OLANZAPINE ODT	ACG
02360616	APO-OLANZAPINE ODT	APX
02448726	AURO-OLANZAPINE ODT	AUR
02406624	JAMP OLANZAPINE ODT	JMP
02389088	MAR-OLANZAPINE ODT	MAR
02436965	MINT-OLANZAPINE ODT	MIN
02338645	OLANZAPINE ODT	PDL
02343665	OLANZAPINE ODT	SIV
02352974	OLANZAPINE ODT	SAN
02303191	PMS-OLANZAPINE ODT	PMS
02414090	RAN-OLANZAPINE ODT	RBY
02327775	SANDOZ OLANZAPINE ODT	SDZ
02243086	ZYPREXA ZYDIS	LIL

10MG COMPRIMÉ (DISSOLUTION ORALE)

02327570	ACT OLANZAPINE ODT	ACG
02360624	APO-OLANZAPINE ODT	APX
02448734	AURO-OLANZAPINE ODT	AUR
02406632	JAMP OLANZAPINE ODT	JMP
02389096	MAR-OLANZAPINE ODT	MAR
02436973	MINT-OLANZAPINE ODT	MIN
02338653	OLANZAPINE ODT	PDL
02343673	OLANZAPINE ODT	SIV
02352982	OLANZAPINE ODT	SAN
02303205	PMS-OLANZAPINE ODT	PMS
02414104	RAN-OLANZAPINE ODT	RBY
02327783	SANDOZ OLANZAPINE ODT	SDZ
02243087	ZYPREXA ZYDIS	LIL

15MG COMPRIMÉ (DISSOLUTION ORALE)

02327589	ACT OLANZAPINE ODT	ACG
02360632	APO-OLANZAPINE ODT	APX
02448742	AURO-OLANZAPINE ODT	AUR
02406640	JAMP OLANZAPINE ODT	JMP
02389118	MAR-OLANZAPINE ODT	MAR
02436981	MINT-OLANZAPINE ODT	MIN
02338661	OLANZAPINE ODT	PDL
02343681	OLANZAPINE ODT	SIV
02352990	OLANZAPINE ODT	SAN
02303213	PMS-OLANZAPINE ODT	PMS
02414112	RAN-OLANZAPINE ODT	RBY
02327791	SANDOZ OLANZAPINE ODT	SDZ
02243088	ZYPREXA ZYDIS	LIL

28:16.08 TRANQUILLISANTS

PALIPERIDONE (PALMITATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour la prise en charge des manifestations de la schizophrénie et des troubles psychotiques connexes chez les patients qui remplissent les critères suivants:
• le patient a essayé la palipéridone ou la rispéridone par voie orale et e patient a essayé au moins un autre antipsychotique et les manifestations que présente le patient ne sont pas adéquatement maîtrisées, malgré l'utilisation de la dose maximale tolérée; OU
• le patient reçoit actuellement un antipsychotique retard conventionnel et subit d'importants effets secondaires, comme des symptômes extrapyramidaux ou une dyskinésie tardive; OU
• il est déjà arrivé dans le passé que le patient ne se conforme pas à un traitement aux antipsychotiques, ce qui a entraîné d'importantes conséquences négatives, comme des hospitalisations à répétition.

50MG/0.5ML SUSPENSION (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02354217	INVEGA SUSTENNA	JSO

75MG/0.75ML SUSPENSION (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02354225	INVEGA SUSTENNA	JSO

100MG/ML SUSPENSION (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02354233	INVEGA SUSTENNA	JSO

150MG/1.5ML SUSPENSION (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02354241	INVEGA SUSTENNA	JSO

175MG SUSPENSION (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02455943	INVEGA TRINZA	JSO

263MG SUSPENSION (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02455986	INVEGA TRINZA	JSO

350MG SUSPENSION (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02455994	INVEGA TRINZA	JSO

525MG SUSPENSION (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02456001	INVEGA TRINZA	JSO

PÉRICYAZINE

5MG CAPSULE

01926780	NEULEPTIL	ERF

10MG CAPSULE

01926772	NEULEPTIL	ERF

20MG CAPSULE

01926764	NEULEPTIL	ERF

10MG/ML GOUTTES

01926756	NEULEPTIL	ERF

PERPHÉNAZINE

2MG COMPRIMÉ

00335134	PERPHENAZINE	AAP

4MG COMPRIMÉ

00335126	PERPHENAZINE	AAP

8MG COMPRIMÉ

00335118	PERPHENAZINE	AAP

16MG COMPRIMÉ

00335096	PERPHENAZINE	AAP
00726206	PMS PERPHENAZINE	PMS

28:16.08 TRANQUILLISANTS

PERPHÉNAZINE

3.2MG/ML LIQUIDE

00751898	PMS PERPHENAZINE	PMS

PIMOZIDE

2MG COMPRIMÉ

00313815	ORAP	AAP
02245432	PIMOZIDE	AAP

4MG COMPRIMÉ

00313823	ORAP	AAP
02245433	PIMOZIDE	AAP

PIPOTIAZINE (PALMITATE DE)

50MG/ML INJECTION

00894672	PIPORTIL L4 50	SAC

PROCHLORPÉRAZINE

10MG SUPPOSITOIRE

00753688	PMS-PROCHLORPERAZINE	PMS
00789720	SANDOZ PROCHLORPERAZINE	SDZ

PROCHLORPÉRAZINE (MALATE DE)

5MG COMPRIMÉ

00753661	PMS-PROCHLORPERAZINE	PMS
00886440	PROCHLORAZINE	AAP

10MG COMPRIMÉ

00753637	PMS-PROCHLORPERAZINE	PMS
00886432	PROCHLORAZINE	AAP

PROCHLORPÉRAZINE (MÉSYLATE DE)

5MG/ML SOLUTION

00753645	PMS PROCHLORPERAZINE	PMS

QUÉTIAPINE (FUMARATE DE)

25MG COMPRIMÉ

02316080	ACT QUETIAPINE	ACG
02313901	APO-QUETIAPINE	APX
02390205	AURO-QUETIAPINE	AUR
02447193	BIO-QUETIAPINE	BMI
02298996	DOM-QUETIAPINE	DPC
02330415	JAMP-QUETIAPINE	JMP
02438003	MINT-QUETIAPINE	MIN
02439158	NAT-QUETIAPINE	NPH
02296551	PMS-QUETIAPINE	PMS
02317346	PRO-QUETIAPINE	PDL
02317893	QUETIAPINE	SIV
02353164	QUETIAPINE	SAN
02387794	QUETIAPINE	ACC
02397099	RAN-QUETIAPINE	RBY
02316692	RIVA-QUETIAPINE	RIV
02313995	SANDOZ QUETIAPINE	SDZ
02236951	SEROQUEL	AZC
02284235	TEVA-QUETIAPINE	TEV
02434024	VAN-QUETIAPINE	VAN

50MG COMPRIMÉ

02361892	PMS-QUETIAPINE	PMS

100MG COMPRIMÉ

02316099	ACT QUETIAPINE	ACG
02313928	APO-QUETIAPINE	APX

28:16.08 TRANQUILLISANTS

QUÉTIAPINE (FUMARATE DE)

100MG COMPRIMÉ

02390213	AURO-QUETIAPINE	AUR
02447207	BIO-QUETIAPINE	BMI
02299003	DOM-QUETIAPINE	DPC
02330423	JAMP-QUETIAPINE	JMP
02438011	MINT-QUETIAPINE	MIN
02439166	NAT-QUETIAPINE	NPH
02296578	PMS-QUETIAPINE	PMS
02317354	PRO-QUETIAPINE	PDL
02317907	QUETIAPINE	SIV
02353172	QUETIAPINE	SAN
02387808	QUETIAPINE	ACC
02397102	RAN-QUETIAPINE	RBY
02316706	RIVA-QUETIAPINE	RIV
02314002	SANDOZ QUETIAPINE	SDZ
02236952	SEROQUEL	AZC
02284243	TEVA-QUETIAPINE	TEV
02434032	VAN-QUETIAPINE	VAN

200MG COMPRIMÉ

02316110	ACT QUETIAPINE	ACG
02313936	APO-QUETIAPINE	APX
02390248	AURO-QUETIAPINE	AUR
02447223	BIO-QUETIAPINE	BMI
02299038	DOM-QUETIAPINE	DPC
02330458	JAMP-QUETIAPINE	JMP
02438046	MINT-QUETIAPINE	MIN
02439182	NAT-QUETIAPINE	NPH
02296594	PMS-QUETIAPINE	PMS
02317362	PRO-QUETIAPINE	PDL
02317923	QUETIAPINE	SIV
02353199	QUETIAPINE	SAN
02387824	QUETIAPINE	ACC
02397110	RAN-QUETIAPINE	RBY
02316722	RIVA-QUETIAPINE	RIV
02314010	SANDOZ QUETIAPINE	SDZ
02236953	SEROQUEL	AZC
02284278	TEVA-QUETIAPINE	TEV
02434040	VAN-QUETIAPINE	VAN

300MG COMPRIMÉ

02316129	ACT QUETIAPINE	ACG
02313944	APO-QUETIAPINE	APX
02390256	AURO-QUETIAPINE	AUR
02447258	BIO-QUETIAPINE	BMI
02299046	DOM-QUETIAPINE	DPC
02330466	JAMP-QUETIAPINE	JMP
02438054	MINT-QUETIAPINE	MIN
02439190	NAT-QUETIAPINE	NPH
02296608	PMS-QUETIAPINE	PMS
02317370	PRO-QUETIAPINE	PDL
02317931	QUETIAPINE	SIV
02353202	QUETIAPINE	SAN
02387832	QUETIAPINE	ACC
02397129	RAN-QUETIAPINE	RBY
02316730	RIVA-QUETIAPINE	RIV
02314029	SANDOZ QUETIAPINE	SDZ

28:16.08 TRANQUILLISANTS

QUÉTIAPINE (FUMARATE DE)

ST 300MG COMPRIMÉ

02244107	SEROQUEL	AZC
02284286	TEVA-QUETIAPINE	TEV
02434059	VAN-QUETIAPINE	VAN

ST 25MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION IMMÉDIATE)

02399822	MAR-QUETIAPINE	MAR

ST 100MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION IMMÉDIATE)

02399830	MAR-QUETIAPINE	MAR

ST 200MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION IMMÉDIATE)

02399849	MAR-QUETIAPINE	MAR

ST 300MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION IMMÉDIATE)

02399857	MAR-QUETIAPINE	MAR

ST 50MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02417359	QUETIAPINE XR	SIV
02417782	QUETIAPINE XR	PDL
02407671	SANDOZ QUETIAPINE XRT	SDZ
02300184	SEROQUEL XR	AZC
02395444	TEVA-QUETIAPINE XR	TEV

ST 150MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02417367	QUETIAPINE XR	SIV
02417790	QUETIAPINE XR	PDL
02407698	SANDOZ QUETIAPINE XRT	SDZ
02321513	SEROQUEL XR	AZC
02395452	TEVA-QUETIAPINE XR	TEV

ST 200MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02417375	QUETIAPINE XR	SIV
02417804	QUETIAPINE XR	PDL
02407701	SANDOZ QUETIAPINE XRT	SDZ
02300192	SEROQUEL XR	AZC
02395460	TEVA-QUETIAPINE XR	TEV

ST 300MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02417383	QUETIAPINE XR	SIV
02417812	QUETIAPINE XR	PDL
02407728	SANDOZ QUETIAPINE XRT	SDZ
02300206	SEROQUEL XR	AZC
02395479	TEVA-QUETIAPINE XR	TEV

ST 400MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02417391	QUETIAPINE XR	SIV
02417820	QUETIAPINE XR	PDL
02407736	SANDOZ QUETIAPINE XRT	SDZ
02300214	SEROQUEL XR	AZC
02395487	TEVA-QUETIAPINE XR	TEV

RISPÉRIDONE

ST 0.25MG COMPRIMÉ

02282585	ACT RISPERIDONE	ACG
02282119	APO-RISPERIDONE	APX
02359529	JAMP-RISPERIDONE	JMP
02371766	MAR-RISPERIDONE	MAR
02359790	MINT-RISPERIDON	MIN
02252007	PMS-RISPERIDONE	PMS
02312700	PRO-RISPERIDONE	PDL
02328305	RAN-RISPERIDONE	RBY
02240551	RISPERDAL	JSO
02356880	RISPERIDONE	SAN

28:16.08 TRANQUILLISANTS

RISPÉRIDONE

ST 0.25MG COMPRIMÉ

02283565	RIVA-RISPERIDONE	RIV
02303655	SANDOZ RISPERIDONE	SDZ
02282690	TEVA-RISPERIDONE	TEV

ST 0.5MG COMPRIMÉ

02282593	ACT RISPERIDONE	ACG
02282127	APO-RISPERIDONE	APX
02359537	JAMP-RISPERIDONE	JMP
02371774	MAR-RISPERIDONE	MAR
02359804	MINT-RISPERIDON	MIN
02252015	PMS-RISPERIDONE	PMS
02312719	PRO-RISPERIDONE	PDL
02328313	RAN-RISPERIDONE	RBY
02240552	RISPERDAL	JSO
02356809	RISPERIDONE	SAN
02283573	RIVA-RISPERIDONE	RIV
02303663	SANDOZ RISPERIDONE	SDZ
02264188	TEVA-RISPERIDONE	TEV

ST 1MG COMPRIMÉ

02282607	ACT RISPERIDONE	ACG
02282135	APO-RISPERIDONE	APX
02359545	JAMP-RISPERIDONE	JMP
02371782	MAR-RISPERIDONE	MAR
02359812	MINT-RISPERIDON	MIN
02252023	PMS-RISPERIDONE	PMS
02312727	PRO-RISPERIDONE	PDL
02328321	RAN-RISPERIDONE	RBY
02025280	RISPERDAL	JSO
02356902	RISPERIDONE	SAN
02283581	RIVA-RISPERIDONE	RIV
02279800	SANDOZ RISPERIDONE	SDZ
02264196	TEVA-RISPERIDONE	TEV

ST 2MG COMPRIMÉ

02282615	ACT RISPERIDONE	ACG
02282143	APO-RISPERIDONE	APX
02359553	JAMP-RISPERIDONE	JMP
02371790	MAR-RISPERIDONE	MAR
02359820	MINT-RISPERIDON	MIN
02252031	PMS-RISPERIDONE	PMS
02312735	PRO-RISPERIDONE	PDL
02328348	RAN-RISPERIDONE	RBY
02025299	RISPERDAL	JSO
02356910	RISPERIDONE	SAN
02283603	RIVA-RISPERIDONE	RIV
02279819	SANDOZ RISPERIDONE	SDZ
02264218	TEVA-RISPERIDONE	TEV

ST 3MG COMPRIMÉ

02282623	ACT RISPERIDONE	ACG
02282151	APO-RISPERIDONE	APX
02359561	JAMP-RISPERIDONE	JMP
02371804	MAR-RISPERIDONE	MAR
02359839	MINT-RISPERIDON	MIN
02252058	PMS-RISPERIDONE	PMS
02312743	PRO-RISPERIDONE	PDL
02328364	RAN-RISPERIDONE	RBY

28:16.08 TRANQUILLISANTS

RISPÉRIDONE

3MG COMPRIMÉ

02025302	RISPERDAL	JSO
02356929	RISPERIDONE	SAN
02283611	RIVA-RISPERIDONE	RIV
02279827	SANDOZ RISPERIDONE	SDZ
02264226	TEVA-RISPERIDONE	TEV

4MG COMPRIMÉ

02282631	ACT RISPERIDONE	ACG
02282178	APO-RISPERIDONE	APX
02359588	JAMP-RISPERIDONE	JMP
02371812	MAR-RISPERIDONE	MAR
02359847	MINT-RISPERIDON	MIN
02252066	PMS-RISPERIDONE	PMS
02312751	PRO-RISPERIDONE	PDL
02328372	RAN-RISPERIDONE	RBY
02025310	RISPERDAL	JSO
02356937	RISPERIDONE	SAN
02283638	RIVA-RISPERIDONE	RIV
02279835	SANDOZ RISPERIDONE	SDZ
02264234	TEVA-RISPERIDONE	TEV

0.5MG COMPRIMÉ (DISSOLUTION ORALE)

02413485	MYLAN-RISPERIDONE ODT	MYL

1MG COMPRIMÉ (DISSOLUTION ORALE)

02413493	MYLAN-RISPERIDONE ODT	MYL
02291789	PMS-RISPERIDONE ODT	PMS

2MG COMPRIMÉ (DISSOLUTION ORALE)

02413507	MYLAN-RISPERIDONE ODT	MYL
02291797	PMS-RISPERIDONE ODT	PMS

3MG COMPRIMÉ (DISSOLUTION ORALE)

02413515	MYLAN-RISPERIDONE ODT	MYL
02370697	PMS-RISPERIDONE ODT	PMS

4MG COMPRIMÉ (DISSOLUTION ORALE)

02413523	MYLAN-RISPERIDONE ODT	MYL
02370700	PMS-RISPERIDONE ODT	PMS

1MG SOLUTION

02454319	JAMP-RISPERIDONE	JMP

1MG/ML SOLUTION

02280396	APO-RISPERIDONE	APX
02279266	PMS-RISPERIDONE	PMS
02236950	RISPERDAL	JSO

28:16.08 TRANQUILLISANTS

RISPÉRIDONE (CONSTA)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour la prise en charge des manifestations de la schizophrénie et des troubles psychotiques connexes chez les patients qui remplissent les critères suivants:
• le patient a essayé la palipéridone ou la rispéridone par voie orale et e patient a essayé au moins un autre antipsychotique et les manifestations que présente le patient ne sont pas adéquatement maîtrisées, malgré l'utilisation de la dose maximale tolérée; OU
• le patient reçoit actuellement un antipsychotique retard conventionnel et subit d'importants effets secondaires, comme des symptômes extrapyramidaux ou une dyskinésie tardive; OU
• il est déjà arrivé dans le passé que le patient ne se conforme pas à un traitement aux antipsychotiques, ce qui a entraîné d'importantes conséquences négatives, comme des hospitalisations à répétition.

12.5MG INJECTION

02298465	RISPERDAL CONSTA	JSO

25MG INJECTION

02255707	RISPERDAL CONSTA	JSO

37.5MG INJECTION

02255723	RISPERDAL CONSTA	JSO

50MG INJECTION

02255758	RISPERDAL CONSTA	JSO

THIOPROPÉRAZINE (MÉSYLATE DE)

10MG COMPRIMÉ

01927639	MAJEPTIL	ERF

THIOTHIXÈNE

5MG CAPSULE

00024449	NAVANE	ERF

TRIFLUOPÉRAZINE (CHLORHYDRATE DE)

1MG COMPRIMÉ

00345539	TRIFLUOPERAZINE	AAP

2MG COMPRIMÉ

00312754	TRIFLUOPERAZINE	AAP

5MG COMPRIMÉ

00312746	TRIFLUOPERAZINE	AAP

10MG COMPRIMÉ

00326836	TRIFLUOPERAZINE	AAP

20MG COMPRIMÉ

00595942	TRIFLUOPERAZINE	AAP

ZIPRASIDONE (CHLORHYDRATE DE)

20MG CAPSULE

02298597	ZELDOX	PFI

40MG CAPSULE

02298600	ZELDOX	PFI

60MG CAPSULE

02298619	ZELDOX	PFI

80MG CAPSULE

02298627	ZELDOX	PFI

ZUCLOPENTHIXOL (ACÉTATE DE)

50MG/ML SOLUTION

02230405	CLOPIXOL-ACUPHASE	LUD

28:16.08 TRANQUILLISANTS

ZUCLOPENTHIXOL DIHYDROCHLORIDE

10MG COMPRIMÉ

02230402	CLOPIXOL	LUD

25MG COMPRIMÉ

02230403	CLOPIXOL	LUD

200MG/ML SOLUTION

02230406	CLOPIXOL DEPOT	LUD

28:20.04 AMPHÉTAMINES

AMPHÉTAMINES, DEXTROAMPHÉTAMINE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Le Programme des SSNA a établi une limite de dose pour les stimulants le 25 février 2015. Cette nouvelle limite fait partie de la stratégie de prise en charge de la mauvaise utilisation et de l'abus de ces médications. La limite de couverture pour les stimulants est de 100 mg d'équivalent de méthylphénidate* par jour pour les adultes et les enfants. Cette limite est calculée en fonction de la dose totale de stimulants qu'un patient reçoit du Programme. Le Programme des SSNA continuera la surveillance des stimulants et ajustera la limite de dose au besoin.

* 1 mg de MÉTHYLPHÉNIDATE, ou LISDEXAMFÉTAMINE se convertit en 0.5 mg d'équivalent de méthylphénidate pour la DEXTROAMPHÉTAMINE.

1.25MG & 1.25MG & 1.25MG & 1.25MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02439239	ACT AMPHETAMINE XR	TEV
02248808	ADDERALL XR	UNK
02440369	PMS-AMPHETAMINES XR	PMS
02457288	SANDOZ AMPHETAMINE XR	SDZ

2.5MG & 2.5MG & 2.5MG & 2.5MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02439247	ACT AMPHETAMINE XR	TEV
02248809	ADDERALL XR	UNK
02440377	PMS-AMPHETAMINES XR	PMS
02457296	SANDOZ AMPHETAMINE XR	SDZ

3.75MG & 3.75MG & 3.75MG & 3.75MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02439255	ACT AMPHETAMINE XR	TEV
02248810	ADDERALL XR	UNK
02440385	PMS-AMPHETAMINES XR	PMS
02457318	SANDOZ AMPHETAMINE XR	SDZ

5MG & 5MG & 5MG & 5MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02439263	ACT AMPHETAMINE XR	TEV
02248811	ADDERALL XR	UNK
02440393	PMS-AMPHETAMINES XR	PMS
02457326	SANDOZ AMPHETAMINE XR	SDZ

6.25MG & 6.25MG & 6.25MG & 6.25MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02439271	ACT AMPHETAMINE XR	TEV
02248812	ADDERALL XR	UNK
02440407	PMS-AMPHETAMINES XR	PMS
02457334	SANDOZ AMPHETAMINE XR	SDZ

7.5MG & 7.5MG & 7.5MG & 7.5MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02439298	ACT AMPHETAMINE XR	TEV

28:20.04 AMPHÉTAMINES

AMPHÉTAMINES, DEXTROAMPHÉTAMINE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Le Programme des SSNA a établi une limite de dose pour les stimulants le 25 février 2015. Cette nouvelle limite fait partie de la stratégie de prise en charge de la mauvaise utilisation et de l'abus de ces médications. La limite de couverture pour les stimulants est de 100 mg d'équivalent de méthylphénidate* par jour pour les adultes et les enfants. Cette limite est calculée en fonction de la dose totale de stimulants qu'un patient reçoit du Programme. Le Programme des SSNA continuera la surveillance des stimulants et ajustera la limite de dose au besoin.

* 1 mg de MÉTHYLPHÉNIDATE, ou LISDEXAMFÉTAMINE se convertit en 0.5 mg d'équivalent de méthylphénidate pour la DEXTROAMPHÉTAMINE.

7.5MG & 7.5MG & 7.5MG & 7.5MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02248813	ADDERALL XR	UNK
02440415	PMS-AMPHETAMINES XR	PMS
02457342	SANDOZ AMPHETAMINE XR	SDZ

DEXTROAMPHÉTAMINE (SULFATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Le Programme des SSNA a établi une limite de dose pour les stimulants le 25 février 2015. Cette nouvelle limite fait partie de la stratégie de prise en charge de la mauvaise utilisation et de l'abus de ces médications. La limite de couverture pour les stimulants est de 100 mg d'équivalent de méthylphénidate* par jour pour les adultes et les enfants. Cette limite est calculée en fonction de la dose totale de stimulants qu'un patient reçoit du Programme. Le Programme des SSNA continuera la surveillance des stimulants et ajustera la limite de dose au besoin.

* 1 mg de MÉTHYLPHÉNIDATE, ou LISDEXAMFÉTAMINE se convertit en 0.5 mg d'équivalent de méthylphénidate pour la DEXTROAMPHÉTAMINE.

10MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)

01924559	DEXEDRINE SPANSULE	PAL

15MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)

02448327	ACT DEXTROAMPHETAMINE SR	ACG
01924567	DEXEDRINE SPANSULE	PAL

5MG COMPRIMÉ

01924516	DEXEDRINE	PAL
02443236	DEXTROAMPHETAMINE	AAP

28:20.04 AMPHÉTAMINES

LISDEXAMFÉTAMINE (DIMÉSYLATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Le Programme des SSNA a établi une limite de dose pour les stimulants le 25 février 2015. Cette nouvelle limite fait partie de la stratégie de prise en charge de la mauvaise utilisation et de l'abus de ces médications. La limite de couverture pour les stimulants est de 100 mg d'équivalent de méthylphénidate* par jour pour les adultes et les enfants. Cette limite est calculée en fonction de la dose totale de stimulants qu'un patient reçoit du Programme. Le Programme des SSNA continuera la surveillance des stimulants et ajustera la limite de dose au besoin.

* 1 mg de MÉTHYLPHÉNIDATE, ou LISDEXAMFÉTAMINE se convertit en 0.5 mg d'équivalent de méthylphénidate pour la DEXTROAMPHÉTAMINE.

ST	**10MG CAPSULE**	
02439603	VYVANSE	SHI
ST	**20MG CAPSULE**	
02347156	VYVANSE	SHI
ST	**30MG CAPSULE**	
02322951	VYVANSE	SHI
ST	**40MG CAPSULE**	
02347164	VYVANSE	SHI
ST	**50MG CAPSULE**	
02322978	VYVANSE	SHI
ST	**60MG CAPSULE**	
02347172	VYVANSE	SHI

28:20.32 STIMULANTS DU S.N.C

MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Le Programme des SSNA a établi une limite de dose pour les stimulants le 25 février 2015. Cette nouvelle limite fait partie de la stratégie de prise en charge de la mauvaise utilisation et de l'abus de ces médications. La limite de couverture pour les stimulants est de 100 mg d'équivalent de méthylphénidate* par jour pour les adultes et les enfants. Cette limite est calculée en fonction de la dose totale de stimulants qu'un patient reçoit du Programme. Le Programme des SSNA continuera la surveillance des stimulants et ajustera la limite de dose au besoin.

* 1 mg de MÉTHYLPHÉNIDATE, ou LISDEXAMFÉTAMINE se convertit en 0.5 mg d'équivalent de méthylphénidate pour la DEXTROAMPHÉTAMINE.

ST	**5MG COMPRIMÉ**	
02273950	APO-METHYLPHENIDATE	APX
02326221	METHYLPHENIDATE	PDL
02234749	PMS-METHYLPHENIDATE	PMS
ST	**10MG COMPRIMÉ**	
02249324	APO-METHYLPHENIDATE	APX
02326248	METHYLPHENIDATE	PDL
00584991	PMS-METHYLPHENIDATE	PMS
ST	**20MG COMPRIMÉ**	
02249332	APO-METHYLPHENIDATE	APX
02326256	METHYLPHENIDATE	PDL
00585009	PMS-METHYLPHENIDATE	PMS

28:20.32 STIMULANTS DU S.N.C

MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Le Programme des SSNA a établi une limite de dose pour les stimulants le 25 février 2015. Cette nouvelle limite fait partie de la stratégie de prise en charge de la mauvaise utilisation et de l'abus de ces médications. La limite de couverture pour les stimulants est de 100 mg d'équivalent de méthylphénidate* par jour pour les adultes et les enfants. Cette limite est calculée en fonction de la dose totale de stimulants qu'un patient reçoit du Programme. Le Programme des SSNA continuera la surveillance des stimulants et ajustera la limite de dose au besoin.

* 1 mg de MÉTHYLPHÉNIDATE, ou LISDEXAMFÉTAMINE se convertit en 0.5 mg d'équivalent de méthylphénidate pour la DEXTROAMPHÉTAMINE.

ST	**18MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)**	
02452731	APO-METHYLPHENIDATE ER	APX
02247732	CONCERTA	JSO
02413728	PMS-METHYLPHENIDATE ER	PMS
02315068	TEVA-METHYLPHENIDATE	TEV
ST	**20MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)**	
02266687	APO-METHYLPHENIDATE SR	APX
02320312	SANDOZ METHYLPHENIDATE SR	SDZ
ST	**27MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)**	
02452758	APO-METHYLPHENIDATE ER	APX
02250241	CONCERTA	JSO
02413736	PMS-METHYLPHENIDATE ER	PMS
02315076	TEVA-METHYLPHENIDATE	TEV
ST	**36MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)**	
02452766	APO-METHYLPHENIDATE ER	APX
02247733	CONCERTA	JSO
02413744	PMS-METHYLPHENIDATE ER	PMS
02315084	TEVA-METHYLPHENIDATE	TEV
ST	**54MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)**	
02330377	APO-METHYLPHENIDATE ER	APX
02247734	CONCERTA	JSO
02413752	PMS-METHYLPHENIDATE ER	PMS
02315092	TEVA-METHYLPHENIDATE	TEV

28:20.80 AGENTS DE MAINTIEN DE L'ÉVEIL

MODAFINIL

ST	**100MG COMPRIMÉ**	
02239665	ALERTEC	TEV
02285398	APO-MODAFINIL	APX
02430487	AURO-MODAFINIL	AUR
02442078	BIO-MODAFINIL	BMI
02432560	MAR-MODAFINIL	MAR
02420260	TEVA-MODAFINIL	TEV

28:20.92 DIVERS STIMULANTS ANOREXIGÈNES RESPIRATOIRES ET CÉRÉBRALS

CAFÉINE CITRATE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Pour les enfants de un an et moins

POUDRE

00972037	CITRATE DE CAFEINE POUDRE	MDS

28:24.04 ANXIOLYTIQUES, SÉDATIFS ET HYPNOTIQUES - BARBITURIQUES

PHÉNOBARBITAL

15MG COMPRIMÉ

00178799	PHENOBARB	PED

30MG COMPRIMÉ

00178802	PHENOBARB	PED

60MG COMPRIMÉ

00178810	PHENOBARB	PED

28:24.08 ANXIOLYTIQUES, SÉDATIFS ET HYPNOTIQUES - BENZODIAZÉPINES

ALPRAZOLAM

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour benzodiazépine, soit 40 mg d'équivalents diazépam par jour. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale des benzodiazépines, c'est-à-dire pour l'ensemble des benzodiazépine administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 100 jours (4 000 équivalents diazépam sur 100 jours). Selon la monographie du médicament diazépam, la posologie orale habituelle recommandée pour un adulte peut aller jusqu'à 40 mg par jour.

[SF] 0.25MG COMPRIMÉ

01908189	ALPRAZOLAM	PDL
02349191	ALPRAZOLAM	SAN
00865397	APO-ALPRAZ	APX
02400111	JAMP-ALPRAZOLAM	JMP
02417634	NAT-ALPRAZOLAM	NPH
02404877	RIVA-ALPRAZOLAM	RIV
01913484	TEVA-ALPRAZOLAM	TEV
00548359	XANAX	PFI

[SF] 0.5MG COMPRIMÉ

01908170	ALPRAZOLAM	PDL
02349205	ALPRAZOLAM	SAN
00865400	APO-ALPRAZ	APX
02400138	JAMP-ALPRAZOLAM	JMP
02137542	MYLAN-ALPRAZOLAM	MYL
02417642	NAT-ALPRAZOLAM	NPH
02404885	RIVA-ALPRAZOLAM	RIV
01913492	TEVA-ALPRAZOLAM	TEV
00548367	XANAX	PFI

[SF] 1MG COMPRIMÉ

02248706	ALPRAZOLAM	PDL

28:24.08 ANXIOLYTIQUES, SÉDATIFS ET HYPNOTIQUES - BENZODIAZÉPINES

ALPRAZOLAM

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour benzodiazépine, soit 40 mg d'équivalents diazépam par jour. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale des benzodiazépines, c'est-à-dire pour l'ensemble des benzodiazépine administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 100 jours (4 000 équivalents diazépam sur 100 jours). Selon la monographie du médicament diazépam, la posologie orale habituelle recommandée pour un adulte peut aller jusqu'à 40 mg par jour.

[SF] 1MG COMPRIMÉ

02243611	APO-ALPRAZ	APX
02400146	JAMP-ALPRAZOLAM	JMP
02417650	NAT-ALPRAZOLAM	NPH
02404893	RIVA-ALPRAZOLAM	RIV
00723770	XANAX	PFI

[SF] 2MG COMPRIMÉ

02243612	APO-ALPRAZ	APX
02400154	JAMP-ALPRAZOLAM	JMP
02229814	MYLAN-ALPRAZOLAM	MYL
02404907	RIVA-ALPRAZOLAM	RIV
00813958	XANAX TS	PFI

BROMAZÉPAM

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour benzodiazépine, soit 40 mg d'équivalents diazépam par jour. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale des benzodiazépines, c'est-à-dire pour l'ensemble des benzodiazépine administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 100 jours (4 000 équivalents diazépam sur 100 jours). Selon la monographie du médicament diazépam, la posologie orale habituelle recommandée pour un adulte peut aller jusqu'à 40 mg par jour.

[SF] 1.5MG COMPRIMÉ

02177153	APO-BROMAZEPAM	APX

[SF] 3MG COMPRIMÉ

02177161	APO-BROMAZEPAM	APX
02220520	BROMAZEPAM	PDL
02230584	TEVA-BROMAZEPAM	TEV

[SF] 6MG COMPRIMÉ

02177188	APO-BROMAZEPAM	APX
02220539	BROMAZEPAM	PDL
02230585	TEVA-BROMAZEPAM	TEV

28:24.08 ANXIOLYTIQUES, SÉDATIFS ET HYPNOTIQUES - BENZODIAZÉPINES

DIAZEPAM

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour benzodiazépine, soit 40 mg d'équivalents diazépam par jour. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale des benzodiazépines, c'est-à-dire pour l'ensemble des benzodiazépine administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 100 jours (4 000 équivalents diazépam sur 100 jours). Selon la monographie du médicament diazépam, la posologie orale habituelle recommandée pour un adulte peut aller jusqu'à 40 mg par jour.

ST 2MG COMPRIMÉ		
00405329	APO DIAZEPAM	APX
02247490	PMS-DIAZEPAM	PMS
ST 5MG COMPRIMÉ		
00362158	APO DIAZEPAM	APX
00313580	DIAZEPAM	PDL
02247491	PMS-DIAZEPAM	PMS
00013285	VALIUM	HLR
ST 10MG COMPRIMÉ		
00405337	APO DIAZEPAM	APX
02247492	PMS-DIAZEPAM	PMS
ST 1MG/ML SOLUTION		
00891797	PMS-DIAZEPAM	PMS

DIAZÉPAM (DIASTAT)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable non nécessaire).

Pour les enfants de 12 ans et moins.

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments, le Programme des SSNA impose une limite de dose pour les benzodiazépines, soit 40 mg d'équivalents de diazépam par jour. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale des benzodiazépines, c'est-à-dire pour l'ensemble des benzodiazépines administrées à un client du Programme, sur une période de 100 jours (4,000 équivalents de diazépam sur 100 jours). Selon la monographie du médicament diazépam, la posologie orale habituelle recommandée pour un adulte peut aller jusqu'à 40 mg par jour.

ST 5MG/ML GEL		
02238162	DIASTAT	VAE
09853340	DIASTAT 2X 10MG PAQUET RECTAL	ELN
09853430	DIASTAT 2X 15MG PAQUET RECTAL	ELN

28:24.08 ANXIOLYTIQUES, SÉDATIFS ET HYPNOTIQUES - BENZODIAZÉPINES

LORAZÉPAM

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour benzodiazépine, soit 40 mg d'équivalents diazépam par jour. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale des benzodiazépines, c'est-à-dire pour l'ensemble des benzodiazépine administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 100 jours (4 000 équivalents diazépam sur 100 jours). Selon la monographie du médicament diazépam, la posologie orale habituelle recommandée pour un adulte peut aller jusqu'à 40 mg par jour.

ST 0.5MG COMPRIMÉ		
00655740	APO-LORAZEPAM	APX
02041413	ATIVAN	PFI
02041456	ATIVAN SUBLINGUAL	PFI
02245784	DOM-LORAZEPAM	DPC
02351072	LORAZEPAM	SAN
02410745	LORAZEPAM SUBLINGUAL	AAP
00728187	PMS-LORAZEPAM	PMS
00655643	PRO-LORAZEPAM	PDL
00711101	TEVA-LORAZEPAM	TEV
ST 1MG COMPRIMÉ		
00655759	APO-LORAZEPAM	APX
02041421	ATIVAN	PFI
02041464	ATIVAN SUBLINGUAL	PFI
02245785	DOM-LORAZEPAM	DPC
02351080	LORAZEPAM	SAN
02410753	LORAZEPAM SUBLINGUAL	AAP
00728195	PMS-LORAZEPAM	PMS
00655651	PRO-LORAZEPAM	PDL
00637742	TEVA-LORAZEPAM	TEV
ST 2MG COMPRIMÉ		
00655767	APO-LORAZEPAM	APX
02041448	ATIVAN	PFI
02041472	ATIVAN SUBLINGUAL	PFI
02245786	DOM-LORAZEPAM	DPC
02351099	LORAZEPAM	SAN
02410761	LORAZEPAM SUBLINGUAL	AAP
00728209	PMS-LORAZEPAM	PMS
00655678	PRO-LORAZEPAM	PDL
00637750	TEVA-LORAZEPAM	TEV

28:24.08 ANXIOLYTIQUES, SÉDATIFS ET HYPNOTIQUES - BENZODIAZÉPINES

NITRAZÉPAM

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour benzodiazépine, soit 40 mg d'équivalents diazépam par jour. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale des benzodiazépines, c'est-à-dire pour l'ensemble des benzodiazépine administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 100 jours (4 000 équivalents diazépam sur 100 jours). Selon la monographie du médicament diazépam, la posologie orale habituelle recommandée pour un adulte peut aller jusqu'à 40 mg par jour.

ST 5MG COMPRIMÉ

00511528	MOGADON	AAP

ST 10MG COMPRIMÉ

00511536	MOGADON	AAP

OXAZÉPAM

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour benzodiazépine, soit 40 mg d'équivalents diazépam par jour. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale des benzodiazépines, c'est-à-dire pour l'ensemble des benzodiazépine administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 100 jours (4 000 équivalents diazépam sur 100 jours). Selon la monographie du médicament diazépam, la posologie orale habituelle recommandée pour un adulte peut aller jusqu'à 40 mg par jour.

ST 10MG COMPRIMÉ

00402680	APO OXAZEPAM	APX
00497754	OXAZEPAM	PDL
00414247	OXPAM	BMI
00568392	RIVA OXAZEPAM	RIV

ST 15MG COMPRIMÉ

00402745	APO OXAZEPAM	APX
00497762	OXAZEPAM	PDL
00568406	RIVA OXAZEPAM	RIV

ST 30MG COMPRIMÉ

00402737	APO OXAZEPAM	APX
00497770	OXAZEPAM	PDL
00414263	OXPAM	BMI
00568414	RIVA OXAZEPAM	RIV

28:24.08 ANXIOLYTIQUES, SÉDATIFS ET HYPNOTIQUES - BENZODIAZÉPINES

TÉMAZÉPAM

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour benzodiazépine, soit 40 mg d'équivalents diazépam par jour. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale des benzodiazépines, c'est-à-dire pour l'ensemble des benzodiazépine administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 100 jours (4 000 équivalents diazépam sur 100 jours). Selon la monographie du médicament diazépam, la posologie orale habituelle recommandée pour un adulte peut aller jusqu'à 40 mg par jour.

ST 15MG CAPSULE

00604453	RESTORIL	AAP
02225964	TEMAZEPAM	APX
02229760	TEMAZEPAM	PDL
02230095	TEVA-TEMAZEPAM	TEV

ST 30MG CAPSULE

00604461	RESTORIL	AAP
02225972	TEMAZEPAM	APX
02229761	TEMAZEPAM	PDL
02230102	TEVA-TEMAZEPAM	TEV

TRIAZOLAM

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour benzodiazépine, soit 40 mg d'équivalents diazépam par jour. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale des benzodiazépines, c'est-à-dire pour l'ensemble des benzodiazépine administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 100 jours (4 000 équivalents diazépam sur 100 jours). Selon la monographie du médicament diazépam, la posologie orale habituelle recommandée pour un adulte peut aller jusqu'à 40 mg par jour.

ST 0.25MG COMPRIMÉ

00808571	TRIAZOLAM	AAP

28:24.92 DIVERS ANXIOLYTIQUES,SÉDATIFS ET HYPNOTIQUES

BUSPIRONE (CHLORHYDRATE DE)

ST 10MG COMPRIMÉ

02211076	APO-BUSPIRONE	APX
02223163	BUSPIRONE	PDL
02447851	BUSPIRONE	SAN
02230942	PMS-BUSPIRONE	PMS
02231492	TEVA-BUSPIRONE	TEV

HYDROXYZINE (CHLORHYDRATE D')

ST 10MG CAPSULE

00646059	APO HYDROXYZINE	APX
00738824	NOVO-HYDROXYZIN	TEV

28:24.92 DIVERS ANXIOLYTIQUES,SÉDATIFS ET HYPNOTIQUES

HYDROXYZINE (CHLORHYDRATE D')

[ST] 25MG CAPSULE

00646024	APO HYDROXYZINE	APX
00738832	NOVO-HYDROXYZIN	TEV

[ST] 50MG CAPSULE

00646016	APO HYDROXYZINE	APX
00738840	NOVO-HYDROXYZIN	TEV

[ST] 2MG/ML SIROP

00024694	ATARAX	ERF
00741817	PMS HYDROXYZINE	PMS

28:28.00 ANTIMANIAQUES

LITHIUM (CARBONATE DE)

[ST] 150MG CAPSULE

02242837	APO-LITHIUM CARBONATE	APX
09857532	APO-LITHIUM CARBONATE	APX
00461733	CARBOLITH	VAE
02013231	LITHANE	ERF
02216132	PMS-LITHIUM CARBONATE	PMS

[ST] 300MG CAPSULE

02242838	APO-LITHIUM CARBONATE	APX
09857540	APO-LITHIUM CARBONATE	APX
00236683	CARBOLITH	VAE
00406775	LITHANE	ERF
02216140	PMS-LITHIUM CARBONATE	PMS

[ST] 600MG CAPSULE

02011239	CARBOLITH	VAE
02216159	PMS-LITHIUM CARBONATE	PMS

[ST] 300MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02266695	LITHMAX	AAP

LITHIUM (CITRATE DE)

[ST] 60MG/ML SIROP

02074834	PMS-LITHIUM CITRATE	PMS

28:32.28 AGONISTES SÉLECTIFS DE LA SÉROTONINE

ALMOTRIPTAN (MALATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Un total de 12 comprimés est autorisé par période de 30 jours.

6.25MG COMPRIMÉ

02405792	APO-ALMOTRIPTAN	APX
02248128	AXERT	MCL
02398435	MYLAN-ALMOTRIPTAN	MYL

12.5MG COMPRIMÉ

02424029	ALMOTRIPTAN	PDL
02405806	APO-ALMOTRIPTAN	APX
02248129	AXERT	MCL
02398443	MYLAN-ALMOTRIPTAN	MYL
02405334	SANDOZ ALMOTRIPTAN	SDZ

28:32.28 AGONISTES SÉLECTIFS DE LA SÉROTONINE

NARATRIPTAN (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Un total de 12 comprimés est autorisé par période de 30 jours.

1MG COMPRIMÉ

02237820	AMERGE	GSK
02314290	TEVA-NARATRIPTAN	TEV

2.5MG COMPRIMÉ

02237821	AMERGE	GSK
02322323	SANDOZ NARATRIPTAN	SDZ
02314304	TEVA-NARATRIPTAN	TEV

RIZATRIPTAN (BENZOATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Un total de 12 comprimés est autorisé par période de 30 jours.

5MG COMPRIMÉ

02393468	APO-RIZATRIPTAN	APX
02380455	JAMP-RIZATRIPTAN	JMP
02429233	JAMP-RIZATRIPTAN IR	JMP
02379651	MAR-RIZATRIPTAN	MAR
02428512	VAN-RIZATRIPTAN	VAN

10MG COMPRIMÉ

02381702	ACT RIZATRIPTAN	ACG
02393476	APO-RIZATRIPTAN	APX
02441144	AURO-RIZATRIPTAN	AUR
02380463	JAMP-RIZATRIPTAN	JMP
02429241	JAMP-RIZATRIPTAN IR	JMP
02379678	MAR-RIZATRIPTAN	MAR
02240521	MAXALT	FRS
02428520	VAN-RIZATRIPTAN	VAN

5MG COMPRIMÉ (DISSOLUTION ORALE)

02374730	ACT RIZATRIPTAN ODT	ACG
02393484	APO-RIZATRIPTAN RPD	APX
02465086	JAMP-RIZATRIPTAN ODT	JMP
02462788	MAR-RIZATRIPTAN ODT	MAR
02240518	MAXALT RPD	FRS
02379198	MYLAN-RIZATRIPTAN ODT	MYL
02436604	NAT-RIZATRIPTAN ODT	NPH
02393360	PMS-RIZATRIPTAN RDT	PMS
02423456	RIVA-RIZATRIPTAN ODT	RIV
02442906	RIZATRIPTAN ODT	SAN
02446111	RIZATRIPTAN ODT	SIV
02415798	RIZATRIPTAN RDT	PDL
02351870	SANDOZ RIZATRIPTAN ODT	SDZ
02396661	TEVA-RIZATRIPTAN ODT	TEV

10MG COMPRIMÉ (DISSOLUTION ORALE)

02374749	ACT RIZATRIPTAN ODT	ACG
02393492	APO-RIZATRIPTAN RPD	APX
02396203	DOM-RIZATRIPTAN RDT	DPC
02465094	JAMP-RIZATRIPTAN ODT	JMP
02462796	MAR-RIZATRIPTAN ODT	MAR
02240519	MAXALT RPD	FRS
02379201	MYLAN-RIZATRIPTAN ODT	MYL
02436612	NAT-RIZATRIPTAN ODT	NPH

28:32.28 AGONISTES SÉLECTIFS DE LA SÉROTONINE

RIZATRIPTAN (BENZOATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Un total de 12 comprimés est autorisé par période de 30 jours.

10MG COMPRIMÉ (DISSOLUTION ORALE)

02393379	PMS-RIZATRIPTAN RDT	PMS
02423464	RIVA-RIZATRIPTAN ODT	RIV
02442914	RIZATRIPTAN ODT	SAN
02446138	RIZATRIPTAN ODT	SIV
02415801	RIZATRIPTAN RDT	PDL
02351889	SANDOZ RIZATRIPTAN ODT	SDZ
02396688	TEVA-RIZATRIPTAN ODT	TEV
02448505	VAN-RIZATRIPTAN ODT	VAN

SUMATRIPTAN (HÉMISULFATE DE)

5MG VAPORISATEUR

02230418	IMITREX	GSK

20MG VAPORISATEUR

02230420	IMITREX	GSK

SUMATRIPTAN (SUCCINATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Un total de 12 comprimés (ou injections) est autorisé par période de 30 jours.

25MG COMPRIMÉ

02257882	ACT SUMATRIPTAN	ACG
02270749	DOM-SUMATRIPTAN	DPC
02268906	MYLAN-SUMATRIPTAN	MYL
02256428	PMS-SUMATRIPTAN	PMS
02286815	TEVA-SUMATRIPTAN DF	TEV

50MG COMPRIMÉ

02257890	ACT SUMATRIPTAN	ACG
02268388	APO-SUMATRIPTAN	APX
02270757	DOM-SUMATRIPTAN	DPC
02212153	IMITREX DF	GSK
02268914	MYLAN-SUMATRIPTAN	MYL
02256436	PMS-SUMATRIPTAN	PMS
02263025	SANDOZ SUMATRIPTAN	SDZ
02286521	SUMATRIPTAN	SAN
02324652	SUMATRIPTAN	PDL
02385570	SUMATRIPTAN DF	SIV
02286823	TEVA-SUMATRIPTAN DF	TEV

100MG COMPRIMÉ

02257904	ACT SUMATRIPTAN	ACG
02268396	APO-SUMATRIPTAN	APX
02270765	DOM-SUMATRIPTAN	DPC
02212161	IMITREX DF	GSK
02268922	MYLAN-SUMATRIPTAN	MYL
02256444	PMS-SUMATRIPTAN	PMS
02263033	SANDOZ SUMATRIPTAN	SDZ
02286548	SUMATRIPTAN	SAN
02324660	SUMATRIPTAN	PDL
02385589	SUMATRIPTAN DF	SIV
02239367	TEVA-SUMATRIPTAN	TEV

28:32.28 AGONISTES SÉLECTIFS DE LA SÉROTONINE

SUMATRIPTAN (SUCCINATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Un total de 12 comprimés (ou injections) est autorisé par période de 30 jours.

100MG COMPRIMÉ

02286831	TEVA-SUMATRIPTAN DF	TEV

6MG/0.5ML INJECTION

99000598	IMITREX TROUSSE DE DÉPART	GSK

12MG/ML SOLUTION

02212188	IMITREX	GSK
02361698	TARO-SUMATRIPTAN	TAR

ZOLMITRIPTAN

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Un total de 12 comprimés est autorisé par période de 30 jours.

2.5MG COMPRIMÉ

02380951	APO-ZOLMITRIPTAN	APX
02389525	DOM-ZOLMITRIPTAN	DPC
02421623	JAMP-ZOLMITRIPTAN	JMP
02399458	MAR-ZOLMITRIPTAN	MAR
02419521	MINT-ZOLMITRIPTAN	MIN
02369036	MYLAN-ZOLMITRIPTAN	MYL
02421534	NAT-ZOLMITRIPTAN	NPH
02324229	PMS-ZOLMITRIPTAN	PMS
02401304	RIVA-ZOLMITRIPTAN	RIV
02362988	SANDOZ ZOLMITRIPTAN	SDZ
02313960	TEVA-ZOLMITRIPTAN	TEV
02379929	ZOLMITRIPTAN	PDL
02238660	ZOMIG	AZC

2.5MG COMPRIMÉ (DISSOLUTION ORALE)

02438453	AG-ZOLMITRIPTAN ODT	ANG
02381575	APO-ZOLMITRIPTAN RAPID	APX
02428237	JAMP-ZOLMITRIPTAN ODT	JMP
02387158	MYLAN-ZOLMITRIPTAN ODT	MYL
02324768	PMS-ZOLMITRIPTAN ODT	PMS
02362996	SANDOZ ZOLMITRIPTAN ODT	SDZ
02428474	SEPTA-ZOLMITRIPTAN-ODT	SPT
02342545	TEVA-ZOLMITRIPTAN OD	TEV
02438763	VAN-ZOLMITRIPTAN ODT	VAN
02379988	ZOLMITRIPTAN ODT	PDL
02243045	ZOMIG RAPIMELT	AZC

28:32.92 DIVERS AGENTS ANTIMIGRAINEUX

FLUNARIZINE (CHLORHYDRATE DE)

5MG CAPSULE

02246082	FLUNARIZINE	AAP

PIZOTIFEN (MALÉATE DE)

0.5MG COMPRIMÉ

00329320	SANDOMIGRAN	PAL

1MG COMPRIMÉ

00511552	SANDOMIGRAN DS	PAL

28:36.08 ANTIPARKINSONIENS - AGENTS ANTICHOLINERGIQUES

BENZTROPINE (MÉSYLATE DE)

1MG COMPRIMÉ

00706531	PDP-BENZTROPINE	PED

2MG COMPRIMÉ

00426857	PDP-BENZTROPINE	PED
00587265	PMS-BENZTROPINE	PMS

1MG/ML LIQUIDE

02238903	BENZTROPINE OMEGA	OMG

ÉTHOPROPAZINE

50MG COMPRIMÉ

01927744	PARSITAN	ERF

PROCYCLIDINE (CHLORHYDRATE DE)

2.5MG COMPRIMÉ

00649392	PDP-PROCYCLIDINE	PED

5MG COMPRIMÉ

00587354	PDP-PROCYCLIDINE	PED

0.5MG/ML ÉLIXIR

00587362	PDP-PROCYCLIDINE	PED

PROCYCLIDINE HCL

5MG CAPSULE

99101405	PROCYCLIDINE (PQ)	UNK

TRIHEXYPHENIDYL (CHLORHYDRATE DE)

2MG COMPRIMÉ

00545058	TRIHEXYPHENIDYL	AAP

5MG COMPRIMÉ

00545074	TRIHEXYPHENIDYL	AAP

0.4MG/ML ÉLIXIR

00885398	PMS-TRIHEXYPHENIDYL	PMS

28:36.12 ANTIPARKINSONIENS - INHIBITEURS DE LA CATÉCHOL-O-MÉTHYLTRANSFÉRASE (COMT)

ENTACAPONE

200MG COMPRIMÉ

02243763	COMTAN	NVR
02380005	SANDOZ ENTACAPONE	SDZ
02375559	TEVA-ENTACAPONE	TEV

28:36.16 ANTIPARKINSONIENS - PRÉCURSEURS DE LA DOPAMINE

LÉVODOPA, BENSÉRAZIDE (CHLORHYDATE DE)

50MG & 12.5MG CAPSULE

00522597	PROLOPA	HLR

100MG & 25MG CAPSULE

00386464	PROLOPA	HLR

200MG & 50MG CAPSULE

00386472	PROLOPA	HLR

LÉVODOPA, CARBIDOPA

100MG & 10MG COMPRIMÉ

02195933	APO-LEVOCARB	APX

28:36.16 ANTIPARKINSONIENS - PRÉCURSEURS DE LA DOPAMINE

LÉVODOPA, CARBIDOPA

100MG & 10MG COMPRIMÉ

02457954	MINT-LEVOCARB	MIN
02244494	TEVA-LEVOCARBIDOPA	TEV

100MG & 25MG COMPRIMÉ

02195941	APO-LEVOCARB	APX
02457962	MINT-LEVOCARB	MIN
02421488	PMS-LEVOCARB	PMS
02311178	PRO-LEVOCARB	PDL
00513997	SINEMET	FRS
02244495	TEVA-LEVOCARBIDOPA	TEV

250MG & 25MG COMPRIMÉ

02195968	APO-LEVOCARB	APX
02457970	MINT-LEVOCARB	MIN
00328219	SINEMET	FRS
02244496	TEVA-LEVOCARBIDOPA	TEV

100MG & 25MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02272873	APO-LEVOCARB	APX
02028786	SINEMET	FRS

200MG & 50MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02245211	APO-LEVOCARB	APX
02421496	PMS-LEVOCARB	PMS
00870935	SINEMET	FRS

LÉVODOPA, CARBIDOPA, ENTACAPONE

50MG & 12.5MG & 200MG COMPRIMÉ

02305933	STALEVO	NVR

75MG & 18.75MG & 200MG COMPRIMÉ

02337827	STALEVO	NVR

100MG & 25MG & 200MG COMPRIMÉ

02305941	STALEVO	NVR

125MG & 31.25MG & 200MG COMPRIMÉ

02337835	STALEVO	NVR

150MG & 37.5MG & 200MG COMPRIMÉ

02305968	STALEVO	NVR

28:36.20 ANTIPARKINSONIENS - AGONISTES DES RÉCEPTEURS DE LA DOPAMINE

BROMOCRIPTINE (MÉSYLATE DE)

5MG CAPSULE

02230454	BROMOCRIPTINE	AAP
02238637	DOM-BROMOCRIPTINE	DPC
02236949	PMS-BROMOCRIPTINE	PMS

2.5MG COMPRIMÉ

02087324	BROMOCRIPTINE	AAP
02238636	DOM-BROMOCRIPTINE	DPC
02231702	PMS-BROMOCRIPTINE	PMS

28:36.20 ANTIPARKINSONIENS - AGONISTES DES RÉCEPTEURS DE LA DOPAMINE

CABERGOLINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'hyperprolactinémie chez les patients qui n'ont pas obtenu de bons résultats avec la bromocriptine ou qui sont incapables de tolérer ce produit.

0.5MG COMPRIMÉ

02301407	ACT CABERGOLINE	ACG
02455897	APO-CABERGOLINE	APX
02242471	DOSTINEX	PFI

PRAMIPEXOLE (DICHLORHYDRATE DE)

ST **0.25MG COMPRIMÉ**

02297302	ACT PRAMIPEXOLE	ACG
02292378	APO-PRAMIPEXOLE	APX
02424061	AURO-PRAMIPEXOLE	AUR
02309017	DOM-PRAMIPEXOLE	DPC
02237145	MIRAPEX	BOE
09857268	MIRAPEX CO(ON)	BOE
02290111	PMS-PRAMIPEXOLE	PMS
02309122	PRAMIPEXOLE	SIV
02325802	PRAMIPEXOLE	PDL
02367602	PRAMIPEXOLE	SAN
02315262	SANDOZ PRAMIPEXOLE	SDZ
02269309	TEVA-PRAMIPEXOLE	TEV

ST **0.5MG COMPRIMÉ**

02297310	ACT PRAMIPEXOLE	ACG
02292386	APO-PRAMIPEXOLE	APX
02424088	AURO-PRAMIPEXOLE	AUR
02241594	MIRAPEX	BOE
02290138	PMS-PRAMIPEXOLE	PMS
02309130	PRAMIPEXOLE	SIV
02325810	PRAMIPEXOLE	PDL
02367610	PRAMIPEXOLE	SAN
02315270	SANDOZ PRAMIPEXOLE	SDZ
02269317	TEVA-PRAMIPEXOLE	TEV

ST **1MG COMPRIMÉ**

02297329	ACT PRAMIPEXOLE	ACG
02292394	APO-PRAMIPEXOLE	APX
02424096	AURO-PRAMIPEXOLE	AUR
02237146	MIRAPEX	BOE
09857269	MIRAPEX CO(ON)	BOE
02290146	PMS-PRAMIPEXOLE	PMS
02309149	PRAMIPEXOLE	SIV
02325829	PRAMIPEXOLE	PDL
02367629	PRAMIPEXOLE	SAN
02315289	SANDOZ PRAMIPEXOLE	SDZ
02269325	TEVA-PRAMIPEXOLE	TEV

ST **1.5MG COMPRIMÉ**

02297337	ACT PRAMIPEXOLE	ACG
02292408	APO-PRAMIPEXOLE	APX
02424118	AURO-PRAMIPEXOLE	AUR
02237147	MIRAPEX	BOE
09857270	MIRAPEX CO(ON)	BOE

28:36.20 ANTIPARKINSONIENS - AGONISTES DES RÉCEPTEURS DE LA DOPAMINE

PRAMIPEXOLE (DICHLORHYDRATE DE)

ST **1.5MG COMPRIMÉ**

02290154	PMS-PRAMIPEXOLE	PMS
02309157	PRAMIPEXOLE	SIV
02325837	PRAMIPEXOLE	PDL
02315297	SANDOZ PRAMIPEXOLE	SDZ
02269333	TEVA-PRAMIPEXOLE	TEV

ROPINIROLE (CHLORHYDRATE DE)

ST **0.25MG COMPRIMÉ**

02316846	ACT ROPINIROLE	ACG
02337746	APO-ROPINIROLE	APX
02352338	JAMP-ROPINIROLE	JMP
02326590	PMS-ROPINIROLE	PMS
02314037	RAN-ROPINIROLE	RBY
02353040	ROPINIROLE	SAN

ST **1MG COMPRIMÉ**

02316854	ACT ROPINIROLE	ACG
02337762	APO-ROPINIROLE	APX
02352346	JAMP-ROPINIROLE	JMP
02326612	PMS-ROPINIROLE	PMS
02314053	RAN-ROPINIROLE	RBY
02353059	ROPINIROLE	SAN

ST **2MG COMPRIMÉ**

02316862	ACT ROPINIROLE	ACG
02337770	APO-ROPINIROLE	APX
02352354	JAMP-ROPINIROLE	JMP
02326620	PMS-ROPINIROLE	PMS
02314061	RAN-ROPINIROLE	RBY

ST **5MG COMPRIMÉ**

02316870	ACT ROPINIROLE	ACG
02337800	APO-ROPINIROLE	APX
02352362	JAMP-ROPINIROLE	JMP
02326639	PMS-ROPINIROLE	PMS
02314088	RAN-ROPINIROLE	RBY

ROTIGOTINE

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Comme traitement d'appoint à la lévodopa pour le traitement des patients avec la maladie de Parkinson à un stade avancé;
ET
Le patient reçoit actuellement un traitement avec la lévodopa.

2MG TIMBRE CUTANÉ

02403900	NEUPRO	UCB

4MG TIMBRE CUTANÉ

02403927	NEUPRO	UCB

6MG TIMBRE CUTANÉ

02403935	NEUPRO	UCB

8MG TIMBRE CUTANÉ

02403943	NEUPRO	UCB

28:36.32 ANTIPARKINSONIENS - INHIBITEURS DE LA MONOAMINE OXIDASE B INHIBITORS

SÉLÉGILINE (CHLORHYDRATE DE)

[ST] 5MG COMPRIMÉ

02230641	APO-SELEGILINE	APX
02068087	TEVA-SELEGILINE	TEV

28:92.00 AUTRES MÉDICAMENTS DE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

ACAMPROSATE CALCIQUE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les patients qui ont été abstinents à l'alcool pour au moins 4 jours et qui sont inscrits à un programme de traitement de dépendance à l'alcool s'il est accessible.

333MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)

02293269	CAMPRAL	MYL

ATOMOXETINE HYDROCHLORIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients souffrant du trouble de déficit d'attention/hyperactivité (TDAH) qui répondent à un des critères suivants:
- Patients qui n'ont pas répondu ou sont intolérants au méthylphénidate ou aux amphétamines; OU
- Contre-indication à l'utilisation des stimulants; OU
- Il y a un risque potentiel de mésusage ou de diversion chez le patient; OU
- Atomoxetine est prescrit par un pédiatre ou un psychiatre.

10MG CAPSULE

02318024	APO-ATOMOXETINE	APX
02358190	ATOMOXETINE	AAP
02396904	ATOMOXETINE	PDL
02445883	ATOMOXETINE	SIV
02390469	DOM-ATOMOXETINE	DPC
02381028	PMS-ATOMOXETINE	PMS
02405962	RIVA-ATOMOXETINE	RIV
02386410	SANDOZ ATOMOXETINE	SDZ
02262800	STRATTERA	LIL
02314541	TEVA-ATOMOXETINE	TEV

18MG CAPSULE

02318032	APO-ATOMOXETINE	APX
02358204	ATOMOXETINE	AAP
02396912	ATOMOXETINE	PDL
02445905	ATOMOXETINE	SIV
02390477	DOM-ATOMOXETINE	DPC
02378930	MYLAN-ATOMOXETINE	MYL
02381036	PMS-ATOMOXETINE	PMS
02386429	SANDOZ ATOMOXETINE	SDZ
02262819	STRATTERA	LIL
02314568	TEVA-ATOMOXETINE	TEV

25MG CAPSULE

02318040	APO-ATOMOXETINE	APX
02358212	ATOMOXETINE	AAP
02396920	ATOMOXETINE	PDL

28:92.00 AUTRES MÉDICAMENTS DE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

ATOMOXETINE HYDROCHLORIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients souffrant du trouble de déficit d'attention/hyperactivité (TDAH) qui répondent à un des critères suivants:
- Patients qui n'ont pas répondu ou sont intolérants au méthylphénidate ou aux amphétamines; OU
- Contre-indication à l'utilisation des stimulants; OU
- Il y a un risque potentiel de mésusage ou de diversion chez le patient; OU
- Atomoxetine est prescrit par un pédiatre ou un psychiatre.

25MG CAPSULE

02445913	ATOMOXETINE	SIV
02390485	DOM-ATOMOXETINE	DPC
02378949	MYLAN-ATOMOXETINE	MYL
02381044	PMS-ATOMOXETINE	PMS
02405989	RIVA-ATOMOXETINE	RIV
02386437	SANDOZ ATOMOXETINE	SDZ
02262827	STRATTERA	LIL
02314576	TEVA-ATOMOXETINE	TEV

40MG CAPSULE

02318059	APO-ATOMOXETINE	APX
02358220	ATOMOXETINE	AAP
02396939	ATOMOXETINE	PDL
02445948	ATOMOXETINE	SIV
02390493	DOM-ATOMOXETINE	DPC
02378957	MYLAN-ATOMOXETINE	MYL
02381052	PMS-ATOMOXETINE	PMS
02405997	RIVA-ATOMOXETINE	RIV
02386445	SANDOZ ATOMOXETINE	SDZ
02262835	STRATTERA	LIL
02314584	TEVA-ATOMOXETINE	TEV

60MG CAPSULE

02318067	APO-ATOMOXETINE	APX
02358239	ATOMOXETINE	AAP
02396947	ATOMOXETINE	PDL
02445956	ATOMOXETINE	SIV
02390515	DOM-ATOMOXETINE	DPC
02378965	MYLAN-ATOMOXETINE	MYL
02381060	PMS-ATOMOXETINE	PMS
02406004	RIVA-ATOMOXETINE	RIV
02386453	SANDOZ ATOMOXETINE	SDZ
02262843	STRATTERA	LIL
02314592	TEVA-ATOMOXETINE	TEV

80MG CAPSULE

02318075	APO-ATOMOXETINE	APX
02358247	ATOMOXETINE	AAP
02378973	MYLAN-ATOMOXETINE	MYL
02404664	PMS-ATOMOXETINE	PMS
02422824	RIVA-ATOMOXETINE	RIV
02386461	SANDOZ ATOMOXETINE	SDZ
02279347	STRATTERA	LIL
02362511	TEVA-ATOMOXETINE	TEV

100MG CAPSULE

02318083	APO-ATOMOXETINE	APX

28:92.00 AUTRES MÉDICAMENTS DE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

ATOMOXETINE HYDROCHLORIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients souffrant du trouble de déficit d'attention/hyperactivité (TDAH) qui répondent à un des critères suivants:
- Patients qui n'ont pas répondu ou sont intolérants au méthylphénidate ou aux amphétamines; OU
- Contre-indication à l'utilisation des stimulants; OU
- Il y a un risque potentiel de mésusage ou de diversion chez le patient; OU
- Atomoxetine est prescrit par un pédiatre ou un psychiatre.

100MG CAPSULE

02358255	ATOMOXETINE	AAP
02378981	MYLAN-ATOMOXETINE	MYL
02404672	PMS-ATOMOXETINE	PMS
02422832	RIVA-ATOMOXETINE	RIV
02386488	SANDOZ ATOMOXETINE	SDZ
02279355	STRATTERA	LIL
02362538	TEVA-ATOMOXETINE	TEV

BÉTAHISTINE (CHLORHYDRATE DE)

8MG COMPRIMÉ

02449145	AURO-BETAHISTINE	AUR
02280183	TEVA-BETAHISTINE	TEV

16MG COMPRIMÉ

02374757	ACT BETAHISTINE	ACG
02449153	AURO-BETAHISTINE	AUR
02330210	PMS-BETAHISTINE	PMS
02243878	SERC	BGP
02280191	TEVA-BETAHISTINE	TEV

24MG COMPRIMÉ

02374765	ACT BETAHISTINE	ACG
02449161	AURO-BETAHISTINE	AUR
02330237	PMS-BETAHISTINE	PMS
02247998	SERC	BGP
02280205	TEVA-BETAHISTINE	TEV

TÉTRABÉNAZINE

25MG COMPRIMÉ

02407590	APO-TETRABENAZINE	APX
02199270	NITOMAN	VAE
02402424	PMS-TETRABENAZINE	PMS
02410338	TETRABENAZINE	RAX

32:00 CONTRACEPTIFS (NON-ORAUX)

32:00.00 CONTRACEPTIFS (NON-ORAUX)

APPAREILS CONTRACEPTIFS

DISPOSITIF		
00970905	CONTOUR CAYA DIAPHRAGME	TSN

CONDOM

DISPOSITIF		
99400486	CONDOM, LATEX, NON LUBRIFIES	UNK
99400485	CONDOMS LATEX LUBRIFIÉ NONOXYNOL	UNK
99400527	CONDOMS LATEX LUBRIFIÉS	UNK
99400786	CONDOMS SANS LATEX LUBRIFIÉS	UNK

DISPOSITIF INTRAUTÉRIN

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Couverture accordée pour un 1 stérilet tous les 12 mois.

DISPOSITIF		
00970328	FLEXI-T +300 DIU	TSN
00970336	FLEXI-T +380 DIU	TSN
98099999	FLEXI-T 300 DIU	TSN
99401085	LIBERTE UT380 COURT DIU	MSF
99401086	LIBERTE UT380 STANDARD DIU	MSF
00970379	MONA LISA 10 DIU	SEA
00970387	MONA LISA 5 DIU	SEA
00970395	MONA LISA N DIU	SEA
99400482	NOVA-T COPP 3 CU 200 DIU	BEX

36:00 AGENTS DIAGNOSTIQUES (A.D.)

36:26.00 A. D. - DIABÈTE MELLITUS

GLUCOSE OXIDASE, PEROXIDASE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La quantité de bandelettes qui seront couvertes par le Programme des SSNA dépendra du traitement médical du client:
- Les clients qui traitent leur diabète avec de l'insuline pourront recevoir 500 bandelettes d'analyse pour une période de 100 jours. Le client pourra surveiller sa glycémie cinq fois par jour.
- Les clients qui traitent leur diabète à l'aide d'un médicament antidiabétique hautement susceptible de causer l'hypoglycémie. Les clients pourront recevoir 400 bandelettes d'analyse pour une période de 365 jours. Le client pourra surveiller sa glycémie une fois par jour.
- Les clients qui traitent leur diabète à l'aide d'un médicament antidiabétique peu susceptible de causer l'hypoglycémie. Les clients recevoir 200 bandelettes pour une période de 365 jours. Le client pourra surveiller sa glycémie trois ou quatre fois par semaine.
- Les clients qui maîtrisent leur diabète par leur alimentation ou leur mode de vie (pas d'insuline ni de médicament contre le diabète) pourront recevoir 200 bandelettes d'analyse pour une période de 365 jours. Le client pourra surveiller sa glycémie trois ou quatre fois par semaine.

BÂTONNETS

99101387	ACCU-CHEK GUIDE BATONNET	ROD
09857563	ACCU-CHEK GUIDE BATONNET (ON)	ROD
97799177	ACCU-CHEK GUIDE BATONNET (SK)	ROD

ACCU-CHEK ADVANTAGE BÂTONNETS

09853626	ACCU-CHEK ADVANTAGE BANDELETTE	ROD
97799824	ACCU-CHEK ADVANTAGE BANDELETTE	ROD

ACCU-CHEK AVIVA BÂTONNETS

09857178	ACCU-CHEK ADVANTAGE BANDELETTE	ROD
97799814	ACCU-CHEK AVIVA BANDELETTE	ROD

ACCU-CHEK COMPACT BÂTONNETS

09854282	ACCU-CHEK COMPACT BANDELETTE	ROD
97799962	ACCU-CHEK COMPACT BANDELETTE	ROD

ACCU-CHEK MOBILE BÂTONNETS

09857452	ACCU-CHEK MOBILE BANDELETTE	ROD
97799497	ACCU-CHEK MOBILE CASSETTE BAND	ROD

ACCUTREND BÂTONNETS

09853162	ACCUTREND GLUCOSE BANDELETTE	ROD
97799959	ACCUTREND GLUCOSE BANDELETTE	ROD

ASCENSIA BREEZE 2 BÂTONNETS

09857293	ASCENSIA BREEZE 2 BANDELETTE	BAY
97799748	ASCENSIA BREEZE 2 BANDELETTE	BAY

36:26.00 A. D. - DIABÈTE MELLITUS

GLUCOSE OXIDASE, PEROXIDASE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La quantité de bandelettes qui seront couvertes par le Programme des SSNA dépendra du traitement médical du client:
- Les clients qui traitent leur diabète avec de l'insuline pourront recevoir 500 bandelettes d'analyse pour une période de 100 jours. Le client pourra surveiller sa glycémie cinq fois par jour.
- Les clients qui traitent leur diabète à l'aide d'un médicament antidiabétique hautement susceptible de causer l'hypoglycémie. Les clients pourront recevoir 400 bandelettes d'analyse pour une période de 365 jours. Le client pourra surveiller sa glycémie une fois par jour.
- Les clients qui traitent leur diabète à l'aide d'un médicament antidiabétique peu susceptible de causer l'hypoglycémie. Les clients recevoir 200 bandelettes pour une période de 365 jours. Le client pourra surveiller sa glycémie trois ou quatre fois par semaine.
- Les clients qui maîtrisent leur diabète par leur alimentation ou leur mode de vie (pas d'insuline ni de médicament contre le diabète) pourront recevoir 200 bandelettes d'analyse pour une période de 365 jours. Le client pourra surveiller sa glycémie trois ou quatre fois par semaine.

ASCENSIA CONTOUR BÂTONNETS

09857127	ASCENSIA CONTOUR BANDELETTE	BAY
97799702	ASCENSIA CONTOUR BANDELETTE	BAY

BG STAR BÂTONNETS

97799465	BG STAR BANDELETTE (100)	SAC
09857422	BG STAR BANDELETTE (ON)	SAC

CONTOUR NEXT BÂTONNETS

97799459	CONTOUR NEXT BANDELETTE (100)	BAY
09857453	CONTOUR NEXT BANDELETTE (ON)	BAY

EZ HEALTH BÂTONNETS

09857357	EZ HEALTH ORACLE BANDELETTE	TRE
97799564	EZ HEALTH ORACLE BANDELETTE	TRE

FREESTYLE BÂTONNETS

09857141	FREESTYLE BANDELETTE	ABB
97799829	FREESTYLE BANDELETTE	ABB

FREESTYLE LITE BÂTONNETS

09857297	FREESTYLE LITE BANDELETTE	ABB
97799597	FREESTYLE LITE BANDELETTE	ABB

FREESTYLE PRECISION BÂTONNETS

09857502	FREESTYLE PRECISION BANDELETTE	ABB
97799346	FREESTYLE PRECISION BANDELETTE	ABB

GE200 BÂTONNETS

09857525	GE200 BABDELETTE (100) (SK)	AUC
97799373	GE200 BABDELETTE (100) (SK)	AUC

ITEST BÂTONNETS

09857348	ITEST BANDELETTE	AUC
97799692	ITEST BANDELETTE	AUC

MEDI+SURE BÂTONNETS

97799403	MEDI+SURE BANDELETTE (ON)	MEC
09857432	MEDI+SURE BANDELETTE (ON)	MEC

36:26.00 A. D. - DIABÈTE MELLITUS

GLUCOSE OXIDASE, PEROXIDASE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La quantité de bandelettes qui seront couvertes par le Programme des SSNA dépendra du traitement médical du client:
• Les clients qui traitent leur diabète avec de l'insuline pourront recevoir 500 bandelettes d'analyse pour une période de 100 jours. Le client pourra surveiller sa glycémie cinq fois par jour.
• Les clients qui traitent leur diabète à l'aide d'un médicament antidiabétique hautement susceptible de causer l'hypoglycémie. Les clients pourront recevoir 400 bandelettes d'analyse pour une période de 365 jours. Le client pourra surveiller sa glycémie une fois par jour.
• Les clients qui traitent leur diabète à l'aide d'un médicament antidiabétique peu susceptible de causer l'hypoglycémie. Les clients recevoir 200 bandelettes pour une période de 365 jours. Le client pourra surveiller sa glycémie trois ou quatre fois par semaine.
• Les clients qui maîtrisent leur diabète par leur alimentation ou leur mode de vie (pas d'insuline ni de médicament contre le diabète) pourront recevoir 200 bandelettes d'analyse pour une période de 365 jours. Le client pourra surveiller sa glycémie trois ou quatre fois par semaine.

NOVA MAX BÂTONNETS

09857313	NOVA MAX BANDELETTE	NCA

ONE TOUCH ULTRA BÂTONNETS

09854290	ONE TOUCH BANDELETTE	JAJ
97799985	ONE TOUCH BANDELETTE	JAJ

ONE TOUCH VERIO BÂTONNETS

09857392	ONE TOUCH VERIO BANDELETTE (ON)	JAJ
97799475	ONE TOUCH VERIO BANDELETTE	JAJ

PRECISION XTRA BÂTONNETS

09854070	PRECISION XTRA BANDELETTE	ABB
97799840	PRECISION XTRA BANDELETTE	AUC

SIDEKICK BÂTONNETS

97799601	SIDEKICK BANDELETTE	HOD

SPIRIT BÂTONNETS

97799291	FIRST CANHEALTH SPIRIT	ARA
09857547	SPIRIT BANDELETTE(ON)	ARA

SURE STEP BÂTONNETS

97799355	SURE STEP BANDELETTE	SKY

SURETEST BÂTONNETS

09857522	SURETEST (ON) BANDELETTE	SKY

TRUETEST BÂTONNETS

97799532	TRUETEST BANDELETTE	HOD

TRUETRACK BÂTONNETS

09857283	TRUE TRACK BANDELETTE	AUC
97799602	TRUE TRACK BANDELETTE	HOD

36:60.00 A. D. - FONCTION THYROÏDIENNE

THYROTROPIN ALFA

0.9MG/ML POUDRE POUR SOLUTION

02246016	THYROGEN	GEE

36:88.00 A. D. - URINE ET SELLES - CONTENU

BATONNET ANALYSE D'URINE

BÂTONNETS

97799914	DIASTIX BANDELETTE	BAY
97799913	KETOSTIX BANDELETTE (50)	BAY

40:00 ÉLECTROLYTES-DIURÉTIQUES

40:08.00 ALCALINISANTS

CITRIC ACID, SODIUM CITRATE

66.8MG & 100MG/ML SOLUTION

00721344	DICITRATE	PMS

SODIUM (BICARBONATE DE)

325MG COMPRIMÉ

00481912	XENEX SODIUM BICARBONATE	XEN

40:10.00 DÉTOXICANTS -AMMONIAQUE

LACTULOSE

667MG/ML SIROP

02242814	APO-LACTULOSE	APX
02295881	JAMP-LACTULOSE	JMP
02412268	LACTULOSE	SAN
02247383	PHARMA-LACTULOSE	PMS
00703486	PMS-LACTULOSE	PMS
00854409	RATIO-LACTULOSE	TEV
02331551	TEVA-LACTULOSE	TEV

40:12.00 AGENTS DE SUPPLÉANCE

CALCIUM

500MG CAPLET

80001408	OYSTER SHELL CALCIUM	NUR
80001122	PHARMA-CAL	PED

500MG COMPRIMÉ

00682039	APOCAL	APX
80017732	CAL500	PDL
02240240	CALCIUM	PMT
02246040	CALCIUM	JMP
80003658	CALCIUM	WNP
80003773	CALCIUM 500	TRI
80062015	CALCIUM CARBONATE	SAN
00705373	CALCIUM WAMPOLE	WAM
02239356	CALCIUM WAMPOLE	WAM
02237352	EUROCAL	EUR
80055526	M-CAL	MAN
00618098	NU-CAL	ODN
00622443	O-CALCIUM	VTH

500MG COMPRIMÉ (CROQUABLE)

80027026	JAMP-CALCIUM CARBONATE	JMP

500MG COMPRIMÉ (ENROBÉ PAR PELLICULE)

80066648	BIOCALCIUM	BMI

5ML LIQUIDE

80004123	CARBOCAL	EUR

20MG/ML LIQUIDE

80054754	M-CAL	MAN
80002626	SOLUCAL	JMP
80006877	WAMPOLE MINERAL CALCIUM	WAM

100MG LIQUIDE

80043628	NU-CAL	ODN
80025523	SOLUCAL FRAMBOISE	JMP
80025527	SOLUCAL POMME VERTE	JMP

40:12.00 AGENTS DE SUPPLÉANCE

CALCIUM GLUCONATE,VIT D

25MCG LIQUIDE

80068920	SOLUCAL D FORT CITRUS	JMP
80069353	SOLUCAL D FORT GREEN APPLE	JMP

CALCIUM, VITAMIN D

500MG & 400IU CAPLET

80012594	BIOCALD FORTE	BMI

500MG & 1,000IU COMPRIMÉ

80066093	CALCIUM 500 VITAMINE D1000	UNK
80018540	JAMP CALCIUM CARBONATE VITAMIN D	JMP
80019536	M CALCIUM VITAMINE D	MAN

500MG & 400IU COMPRIMÉ

80004963	CALCITE 500 D 400	RIV
80002623	CALCIUM & VITAMINE D AU CITRON	JMP
80004969	CALCIUM 500 D 400	TRI
80066082	CALCIUM 500 VITAMINE D400	UNK
80066089	CALCIUM 500 VITAMINE D400	UNK
80017190	CALD 400	PDL
80009628	CALODAN D 400	ODN
02245511	CARBOCAL D	EUR
80002901	CARBOCAL D	EUR
99100832	JAMP-CALCIUM+VIT D 400	JMP
80002122	J-CAL+D	JMP
80025360	J-CAL+D	JMP
80013329	M-CAL D	MAN
80002703	NU-CAL D	ODN
80020974	OPUS CAL D	OPU
80065914	RIVA-CAL D	RIV
80006794	WAMPOLE CALCIUM VITAMIN D	WAM

500MG & 800IU COMPRIMÉ

80019533	M CALCIUM VITAMINE D	MAN

500MG & 1,000IU COMPRIMÉ (CROQUABLE)

80029083	JAMP CALCIUM CITRATE VITAMINE D	JMP
80027787	JAMP-CALCIUM VITAMINE D	JMP
80050701	M-CAL D	MAN

500MG & 400IU COMPRIMÉ (CROQUABLE)

80009412	CALCIUM CARBONATE VITAMINE D	MAN

600MG & 400IU COMPRIMÉ (CROQUABLE)

80021716	WAMPOLE CALCIUM AND D	WAM

500MG & 400IU COMPRIMÉ (ENROBÉ PAR PELLICULE)

80066647	BIOCALCIUMD	BMI

500MG LIQUIDE

80025543	SOLUCAL D AGRUME	JMP
80025541	SOLUCAL D FRAMBOISES	JMP

500MG & 1,000IU LIQUIDE

80025038	SOLUCAL D FORT	JMP

500MG & 400IU LIQUIDE

80061575	CALCITE LIQUIDE D 400	RIV
80054755	M-CAL D	MAN
80008126	SOLUCAL D	JMP

500MG& 800IU LIQUIDE

80025722	JAMP CALCIUM LACTOGLUCONATE VITAMIN D	JMP

40:12.00 AGENTS DE SUPPLÉANCE

ÉLECTROLYTES

ST DIVERS

80023410	HYDRALYTE ELECTROLYTE	HYD

ST 3.56G & 300MG & 470MG & 530MG POUDRE

01931563	GASTROLYTE	SAC

ST POUDRE POUR SOLUTION

80026860	HYDRALYTE ELECTROLYTE	HYD
80027403	JAMP REHYDRALYTE	JMP

ST 0.856MG/ML SOLUTION

80026861	HYDRALYTE ELECTROLYTE	HYD

ST 25MG & 2.2MG & 2.2MG & 0.9MG/ML SOLUTION

00630365	PEDIALYTE	ABB
02219883	PEDIATRIC ELECTROLYTE	PMS

MAGNÉSIUM

100MG COMPRIMÉ

80041590	JAMP-MAGNESIUM	JMP
02068400	MAGNESIUM	JAM

MAGNÉSIUM (GLUCOHEPTONATE DE)

ST 25MG LIQUIDE

80009357	MAGNESIUM	JMP

ST 100MG/ML LIQUIDE ORALE

00026697	ROUGIER-MAGNESIUM	TEV

ST 100MG/ML SOLUTION

80004109	MAGNESIUM-ODAN	ODN

MAGNÉSIUM (GLUCONATE DE)

ST 500MG COMPRIMÉ

80009539	JAMP MAGNESIUM GLUCONATE	JMP
00555126	MAGLUCATE	PED

POTASSIUM (CHLORURE DE)

ST 600MG CAPSULE

80062704	JAMP POTASSIUM CHLORIDE ER	JMP
02042304	MICRO K	PAL

ST 8MMOL COMPRIMÉ

00602884	APO-K	APX
02246734	EURO K	EUR
80035346	MK 8	MAN
02244068	RIVA-K 8	RIV

ST 10MMOL COMPRIMÉ

80026332	MK 10	MAN

ST 20MMOL COMPRIMÉ

80026265	BIO K-20 POTASSIUM	BMI
02242261	EURO K	EUR
80013007	JAMP K	JMP
80004415	ODAN K20	ODN
02243975	RIVA-K 20	RIV

ST 780MG COMPRIMÉ

80025624	MK 20	MAN

ST 25MEQ COMPRIMÉ (EFFERVESCENT)

80033602	JAMP-K EFFERVESCENT	JMP
02085992	K LYTE	WPC

ST 25MMOL COMPRIMÉ (EFFERVESCENT)

80011428	EURO K	EUR

40:12.00 AGENTS DE SUPPLÉANCE

POTASSIUM (CHLORURE DE)

20MEQ COMPRIMÉ (ENROBÉ PAR PELLICULE), LIBÉRATION PROLONGEÉ

80071412	MK20 SOLUBLE	MAN

ST 780MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROGRESSIVE)

80040412	K20 POTASSIUM	UNK

ST 1,500MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROGRESSIVE)

80040416	PHARMA-K20	PMS
80053887	PRO-K 20	PDL

ST 8MMOL COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

80013005	JAMP-K 8	JMP

ST 600MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

80008214	ODAN K-8	ODN

ST 600MG DRAGÉE

80040226	SLOWK	NVR

ST 1,500MG LIQUIDE

80024835	JAMP-POTASSIUM CHLORIDE	JMP
80024360	K-10	GSK

ST 1.33MEQ/ML SOLUTION

02238604	PMS-POTASSIUM	PMS

SODIUM (CHLORURE DE)

0.9% INJECTION

99002329	SODIUM (CHLORURE) (PETITS VOL)	UNK

SERINGUE

09991564	NACL SALINE PF SERINGUE	UNK

0.9% SOLUTION

00037818	BACTERIOSTATIC SODIUM CHLORURE	PFI
02150204	CHLORURE DE SODIUM	OMG
00037796	SODIUM CHLORURE	PFI
00060208	SODIUM CHLORURE	BAX
00402249	SODIUM CHLORURE	OMG

40:18.00 AGENTS ÉCHANGEURS DE IONS

POLYSTYRÈNE SODIQUE (SULFONATE DE)

LIQUIDE ORALE

01902776	KAYEXALATE	SAC

40:18.18 AGENTS ÉCHANGEURS DE POTASSIUM

POLYSTYRÈNE CALCIQUE (SULFONATE DE)

1G POUDRE POUR SOLUTION

02017741	RESONIUM CALCIUM	SAC

POLYSTYRÈNE SODIQUE (SULFONATE DE)

1G POUDRE

02026961	KAYEXALATE	SAC
00765252	K-EXIT	OMG
00755338	SOLYSTAT	PED

250MG/ML SUSPENSION

00769533	SOLYSTAT	PED
00769541	SOLYSTAT	PED

40:18.19 AGENTS ÉCHANGEURS DE PHOSPHATE

LANTHANUM CARBONATE HYDRATE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour des concentrations élevées de phosphore OU de produit phosphocalcique malgré la réduction de l'apport en phosphate dans l'alimentation et l'utilisation de liants calciques du phosphate (les hausses de courte durée devraient être traitées avec des liants alumineux).

Pour des concentrations élevées de calcium malgré l'abandon du liant calcique, et analogues de la vitamine D et/ou modification du dialysat de calcium.

Pour l'ostéopathie adynamique, concentrations insuffisantes de parathormone (< 100 pg/ml ou 0.9 pmol/L) et concentrations normales ou élevées de calcium.

250MG COMPRIMÉ (CROQUABLE)

02287145	FOSRENOL	SHI

500MG COMPRIMÉ (CROQUABLE)

02287153	FOSRENOL	SHI

750MG COMPRIMÉ (CROQUABLE)

02287161	FOSRENOL	SHI

1000MG COMPRIMÉ (CROQUABLE)

02287188	FOSRENOL	SHI

SEVELAMER (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour des concentrations élevées de phosphore OU de produit phosphocalcique malgré la réduction de l'apport en phosphate dans l'alimentation et l'utilisation de liants calciques du phosphate (les hausses de courte durée devraient être traitées avec des liants alumineux).

Pour des concentrations élevées de calcium malgré l'abandon du liant calcique, et analogues de la vitamine D et/ou modification du dialysat de calcium.

Pour l'ostéopathie adynamique, concentrations insuffisantes de parathormone (< 100 pg/ml ou 0.9 pmol/L) et concentrations normales ou élevées de calcium.

800MG COMPRIMÉ

02244310	RENAGEL	SAC

40:20.00 AGENTS CALORIFIQUES

LÉVOCARNITINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement d'un déficit primaire en carnitine.

330MG COMPRIMÉ

02144328	CARNITOR	UNK

100MG/ML SOLUTION

02144336	CARNITOR	UNK

200MG/ML SOLUTION

02144344	CARNITOR	UNK

40:28.08 DIURÉTIQUES DE L'ANSE

ACIDE ÉTHACRYNIQUE

ST 25MG COMPRIMÉ

02258528	EDECRIN	VAE

FUROSÉMIDE

ST 20MG COMPRIMÉ

00396788	APO FUROSEMIDE	APX
02247371	BIO-FUROSEMIDE	BMI
00496723	FUROSEMIDE	PDL
02351420	FUROSEMIDE	SAN
02247493	PMS-FUROSEMIDE	PMS
00337730	TEVA-FUROSEMIDE	TEV

ST 40MG COMPRIMÉ

00362166	APO FUROSEMIDE	APX
02247372	BIO-FUROSEMIDE	BMI
00397792	FUROSEMIDE	PDL
02351439	FUROSEMIDE	SAN
02247494	PMS-FUROSEMIDE	PMS
00337749	TEVA-FUROSEMIDE	TEV

ST 80MG COMPRIMÉ

00707570	APO FUROSEMIDE	APX
00667080	FUROSEMIDE	PDL
02351447	FUROSEMIDE	SAN
00765953	TEVA-FUROSEMIDE	TEV

ST 500MG COMPRIMÉ

02224755	LASIX SPECIAL	SAC

ST 10MG/ML SOLUTION

02224720	LASIX	SAC

40:28.16 DIURÉTIQUE D'ÉPARGNE POTASSIQUE

AMILORIDE

ST 5MG COMPRIMÉ

02249510	MIDAMOR	AAP

AMILORIDE, HYDROCHLOROTHIAZIDE

ST 5MG & 50MG COMPRIMÉ

00870943	AMI-HYDRO	PDL
00784400	APO-AMILZIDE	APX
01937219	NOVAMILOR	TEV

TRIAMTERÈNE, HYDROCHLOROTHIAZIDE

ST 50MG & 25MG COMPRIMÉ

00441775	APO TRIAZIDE	APX
00532657	TEVA-TRIAMTERENE/HCTZ	TEV

40:28.20 DIURÉTIQUES THIAZIQUES

HYDROCHLOROTHIAZIDE

ST 12.5MG COMPRIMÉ

02327856	APO-HYDRO	APX
02274086	PMS-HYDROCHLOROTHIAZIDE	PMS

ST 25MG COMPRIMÉ

00326844	APO HYDRO	APX
02247170	BIO-HYDROCHLOROTHIAZIDE	BMI
00341975	HYDROCHLOROTHIAZIDE	PDL
02360594	HYDROCHLOROTHIAZIDE	SAN
02247386	PMS-HYDROCHLOROTHIAZIDE	PMS

40:28.20 DIURÉTIQUES THIAZIQUES

HYDROCHLOROTHIAZIDE

[ST] 25MG COMPRIMÉ

00021474	TEVA-HYDROCHLOROTHIAZIDE	TEV

[ST] 50MG COMPRIMÉ

00312800	APO HYDRO	APX
02247171	BIO-HYDROCHLOROTHIAZIDE	BMI
02360608	HYDROCHLOROTHIAZIDE	SAN
02247387	PMS-HYDROCHLOROTHIAZIDE	PMS
00021482	TEVA-HYDROCHLOROTHIAZIDE	TEV

[ST] 100MG COMPRIMÉ

00644552	APO HYDRO	APX

[ST] PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES

99503000	HYDROCHLOROTHIAZIDE LIQUIDE ORALE	UNK

SPIRONOLACTONE, HYDROCHLOROTHIAZIDE

[ST] 25MG & 25MG COMPRIMÉ

00180408	ALDACTAZIDE	PFI
00613231	TEVA-SPIRONOLACTONE/HCTZ	TEV

[ST] 50MG & 50MG COMPRIMÉ

00594377	ALDACTAZIDE	PFI
00657182	TEVA-SPIRONOLACTONE/HCTZ	TEV

40:28.24 DIURÉTIQUES APPARENTÉS AU THIAZIDE

CHLORTHALIDONE

[ST] 50MG COMPRIMÉ

00360279	CHLORTHALIDONE	AAP

[ST] 100MG COMPRIMÉ

00360287	APO CHLORTHALIDONE	APX

INDAPAMIDE

[ST] 1.25MG COMPRIMÉ

02245246	APO-INDAPAMIDE	APX
02239913	DOM-INDAPAMIDE	DPC
02373904	JAMP-INDAPAMIDE	JMP
02179709	LOZIDE	SEV
02240067	MYLAN-INDAPAMIDE	MYL
02239619	PMS-INDAPAMIDE	PMS
02247245	RIVA-INDAPAMIDE	RIV

[ST] 2.5MG COMPRIMÉ

02223678	APO-INDAPAMIDE	APX
02239917	DOM-INDAPAMIDE	DPC
02373912	JAMP-INDAPAMIDE	JMP
00564966	LOZIDE	SEV
02153483	MYLAN-INDAPAMIDE	MYL
02239620	PMS-INDAPAMIDE	PMS
02312549	PRO-INDAPAMIDE	PDL
02242125	RIVA-INDAPAMIDE	RIV
02231184	TEVA-INDAPAMIDE	TEV

MÉTOLAZONE

[ST] 2.5MG COMPRIMÉ

00888400	ZAROXOLYN	SAC

40:36.00 SOLUTIONS D'IRRIGATION

SODIUM (CHLORURE DE)

0.9% SOLUTION

02058235	SODIUM CHLORIDE	RIT
00801267	SODIUM CHLORURE	UNK

40:40.00 URICOSURIQUES

SULFINPYRAZONE

200MG COMPRIMÉ

00441767	SULFINPYRAZONE	AAP

40:50.00 SOLUTIONS D'IRRIGATION

EAU

100% SOLUTION

00038202	EAU STERILE	HOS
00402257	EAU STERILE POUR INJECTION	OMG
02142546	EAU STERILE POUR INJECTION	PFI

48:00 AGENTS DES VOIES RESPIRATOIRES

48:02.00 ANTIFIBROTIQUES

NINTEDANIB

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour une première demande - la couverture est fournie pour une période de 7 mois (6 mois plus 4 semaines de plus pour permettre de répéter la mesure de la fonction respiratoire):

Pour le traitement de patients adultes ayant un diagnostic de fibrose pulmonaire idiopathique (FPI) de niveau léger à modéré qui répondent aux critères suivants:
• Le diagnostic est confirmé par un pneumologue et d'un CT-scan à haute résolution, effectué dans les 24 derniers mois; ET
• Toutes autres causes de maladies pulmonaires (i.e. une collagénose avec manifestations vasculaires ou une pneumonie d'hypersensibilité) doivent être exclues; ET
• La FPI de niveau léger à modéré est définie par la capacité vitale forcée (CVF) étant égale ou supérieure à 50% de la valeur prédite; ET
• Le patient doit être soigné par un médecin ayant de l'expérience avec la FPI.

Pour un renouvellement de couverture à 6 mois - la couverture est fournie pour une période de 6 mois:
• Les patients NE doivent PAS souffrir d'une progression de la maladie qui est définie par un déclin absolu de la valeur prédite de la CVF égale ou supérieur à 10%, en se fondant sur la valeur du début de la thérapie jusqu'à la demande de renouvellement soit 6 mois plus tard. S'il y a eu progression de la maladie telle que définie précédemment, le résultat doit être validé avec la confirmation de la mesure de la fonction pulmonaire effectuée 4 semaines après les 6 mois de thérapie.

Pour des renouvellements subséquents de couverture à 12 mois - la couverture est fournie pour une période de 12 mois:
• Les patients NE doivent PAS souffrir d'une progression de la maladie qui est définie par un déclin absolu de la valeur prédite de la CVF égale ou supérieur à 10%, en se fondant sur la valeur du début de la thérapie jusqu'à la demande de renouvellement soit 12 mois plus tard. S'il y a eu progression de la maladie telle que définie précédemment, le résultat doit être validé avec la confirmation de la mesure de la fonction pulmonaire effectuée 4 semaines après 12 mois de thérapie.

Une utilisation en association d'Ofev (nintedanib) avec Esbriet (pirfenidone) ne sera pas acceptée.

100MG CAPSULE

02443066	OFEV	BOE

150MG CAPSULE

02443074	OFEV	BOE

48:02.00 ANTIFIBROTIQUES

PIRFENIDONE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour une première demande - la couverture est fournie pour une période de 7 mois (6 mois plus 4 semaines de plus pour permettre de répéter la mesure de la fonction respiratoire):

Pour le traitement de patients adultes ayant un diagnostic de fibrose pulmonaire idiopathique (FPI) de niveau léger à modéré qui répondent aux critères suivants:
• Le diagnostic est confirmé par un pneumologue et d'un CT-scan à haute résolution, effectué dans les 24 derniers mois; ET
• Toutes autres causes de maladies pulmonaires (i.e. une collagénose avec manifestations vasculaires ou une pneumonie d'hypersensibilité) doivent être exclues; ET
• La FPI de niveau léger à modéré est définie par la capacité vitale forcée (CVF) étant égale ou supérieure à 50% de la valeur prédite; ET
• Le patient doit être soigné par un médecin ayant de l'expérience avec la FPI.

Pour un renouvellement de couverture à 6 mois - la couverture est fournie pour une période de 6 mois:
• Les patients NE doivent PAS souffrir d'une progression de la maladie qui est définie par un déclin absolu de la valeur prédite de la CVF égale ou supérieur à 10%, en se fondant sur la valeur du début de la thérapie jusqu'à la demande de renouvellement soit 6 mois plus tard. S'il y a eu progression de la maladie telle que définie précédemment, le résultat doit être validé avec la confirmation de la mesure de la fonction pulmonaire effectuée 4 semaines après les 6 mois de thérapie.

Pour des renouvellements subséquents de couverture à 12 mois - la couverture est fournie pour une période de 12 mois:
• Les patients NE doivent PAS souffrir d'une progression de la maladie qui est définie par un déclin absolu de la valeur prédite de la CVF égale ou supérieur à 10%, en se fondant sur la valeur du début de la thérapie jusqu'à la demande de renouvellement soit 12 mois plus tard. S'il y a eu progression de la maladie telle que définie précédemment, le résultat doit être validé avec la confirmation de la mesure de la fonction pulmonaire effectuée 4 semaines après 12 mois de thérapie.

Une utilisation en association d'Ofev (nintedanib) avec Esbriet (pirfenidone) ne sera pas acceptée.

267MG CAPSULE

02393751	ESBRIET	HLR

267MG COMPRIMÉ

02464489	ESBRIET	HLR

801MG COMPRIMÉ

02464500	ESBRIET	HLR

48:10.24 MODIFICATEUR DES RÉCEPTEURS DES LEUCOTRIÈNES

MONTELUKAST SODIQUE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'asthme:
• en association avec les corticostéroïdes; OU
• chez les patients asthmatiques qui ne sont pas bien contrôlés avec les corticostéroïdes en inhalation ou qui ne peuvent les tolérer.

ST 10MG COMPRIMÉ

02374609	APO-MONTELUKAST	APX
02401274	AURO-MONTELUKAST	AUR
02376695	DOM-MONTELUKAST	DPC
02391422	JAMP-MONTELUKAST	JMP
02399997	MAR-MONTELUKAST	MAR
02408643	MINT-MONTELUKAST	MIN
02379333	MONTELUKAST	SAN
02379856	MONTELUKAST	PDL
02382474	MONTELUKAST	SIV
02379236	MONTELUKAST SODIUM	ACC
02373947	PMS-MONTELUKAST	PMS
02389517	RAN-MONTELUKAST	RBY
02398826	RIVA-MONTELUKAST	RIV
02328593	SANDOZ MONTELUKAST	SDZ
02238217	SINGULAIR	FRS
02355523	TEVA-MONTELUKAST	TEV

4MG COMPRIMÉ (CROQUABLE)

02377608	APO-MONTELUKAST	APX
02422867	AURO-MONTELUKAST	AUR
02442353	JAMP-MONTELUKAST	JMP
02399865	MAR-MONTELUKAST	MAR
02408627	MINT-MONTELUKAST	MIN
02379317	MONTELUKAST	SAN
02379821	MONTELUKAST	PDL
02382458	MONTELUKAST	SIV
02354977	PMS-MONTELUKAST	PMS
02402793	RAN-MONTELUKAST	RBY
02330385	SANDOZ MONTELUKAST	SDZ
02243602	SINGULAIR	FRS
02355507	TEVA-MONTELUKAST	TEV

ST 5MG COMPRIMÉ (CROQUABLE)

02377616	APO-MONTELUKAST	APX
02422875	AURO-MONTELUKAST	AUR
02442361	JAMP-MONTELUKAST	JMP
02399873	MAR-MONTELUKAST	MAR
02408635	MINT-MONTELUKAST	MIN
02379325	MONTELUKAST	SAN
02379848	MONTELUKAST	PDL
02382466	MONTELUKAST	SIV
02354985	PMS-MONTELUKAST	PMS
02402807	RAN-MONTELUKAST	RBY
02330393	SANDOZ MONTELUKAST	SDZ
02238216	SINGULAIR	FRS
02355515	TEVA-MONTELUKAST	TEV

48:10.24 MODIFICATEUR DES RÉCEPTEURS DES LEUCOTRIÈNES

MONTELUKAST SODIQUE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'asthme:
• en association avec les corticostéroïdes; OU
• chez les patients asthmatiques qui ne sont pas bien contrôlés avec les corticostéroïdes en inhalation ou qui ne peuvent les tolérer.

ST 4MG GRANULES

02358611	SANDOZ MONTELUKAST	SDZ
02247997	SINGULAIR	FRS

48:10.32 STABILISATEURS DE MASTOCYTES

CROMOLYN SODIQUE

100MG CAPSULE

00500895	NALCROM	SAC

10MG/ML SOLUTION

02046113	PMS-SODIUM CROMOGLYCATE	PMS

2% VAPORISATEUR NASAL

02231390	APO-CROMOLYN	APX
01950541	RHINARIS-CS	PED

48:48.00 AGENTS VASODILATATEURS

BOSENTAN MONOHYDRATE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

La dose maximale approuvée est 125mg deux fois par jour.

Patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) de classe fonctionnelle III selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), idiopathique (c'est-à-dire primaire), ou associée à une condition congénitale ou un problème de santé systémique (p. ex. maladie du tissu conjonctif) et confirmée par cathétérisme cardiaque droit; ET
• dont la maladie ne répond pas au traitement par le sildénafil OU le tadalafil OU;
• pour lequel le sildénafil OU le tadalafil est contre-indiqué.

ST 125MG COMPRIMÉ

02399210	APO-BOSENTAN	APX

RIOCIGUAT

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients âgés de 18 ans ou plus atteints d'hypertension pulmonaire thromboembolique chronique (HPTEC) et selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) correspondant à l'hypertension pulmonaire en classe fonctionnelle 2 ou 3 avec:
• HPTEC inopérable, Groupe 4 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS);
OU
• HPTEC persistante ou récurrente après un traitement chirurgical; ET
• Prescripteur expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'HPTEC.

0.5MG COMPRIMÉ

02412764	ADEMPAS	BAY

48:48.00 AGENTS VASODILATATEURS

RIOCIGUAT

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients âgés de 18 ans ou plus atteints d'hypertension pulmonaire thromboembolique chronique (HPTEC) et selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) correspondant à l'hypertension pulmonaire en classe fonctionnelle 2 ou 3 avec:
• HPTEC inopérable, Groupe 4 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS);
OU
• HPTEC persistante ou récurrente après un traitement chirurgical; ET
• Prescripteur expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'HPTEC.

1MG COMPRIMÉ

02412772 ADEMPAS BAY

1.5MG COMPRIMÉ

02412799 ADEMPAS BAY

2MG COMPRIMÉ

02412802 ADEMPAS BAY

2.5MG COMPRIMÉ

02412810 ADEMPAS BAY

SELEXIPAG

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) chez les patients adultes en classe fonctionnelle (CF) II ou III de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), de l'hypertension artérielle pulmonaire idiopathique (HTAPI), de l'hypertension artérielle pulmonaire héritable (HTAPH), de l'HTAP associée à une affection du tissu conjonctif et de l'HTAP associée à une cardiopathie congénitale:
• Le patient est traité par un prescripteur qui a de l'expérience dans le diagnostic et le traitement de l'HTAP; ET
• Le patient a échoué aux thérapies de première et seconde lignes; OU
• Le patient a une contre-indication ou une intolérance aux thérapies de première et seconde lignes.

200MCG COMPRIMÉ

02451158 UPTRAVI ACN

400MCG COMPRIMÉ

02451166 UPTRAVI ACN

600MCG COMPRIMÉ

02451174 UPTRAVI ACN

800MCG COMPRIMÉ

02451182 UPTRAVI ACN

1000MCG COMPRIMÉ

02451190 UPTRAVI ACN

1200MCG COMPRIMÉ

02451204 UPTRAVI ACN

1400MCG COMPRIMÉ

02451212 UPTRAVI ACN

1600MCG COMPRIMÉ

02451220 UPTRAVI ACN

48:92.00 AGENTS DES VOIES RESPIRATOIRES DIVERS

OMALIZUMAB

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critères pour une couverture initiale de 24 semaines à un dosage maximum de 300 mg aux 4 semaines (6 injections sur une période de 24 semaines).

1. Pour le traitement des adultes et des adolescents (de 12 ans et plus) présentant une urticaire chronique idiopathique (UCI) modérée à grave chez qui les symptômes (présence d'urticaire et /ou de démangeaison) persistent malgré la prise optimale d'antihistaminiques H1: ET
Le prescripteur est qualifié dans le traitement de l'UCI (Allergologue, Dermatologue, Immunologue, autre prescripteur qualifié dans le traitement l'UCI).

L'abandon du traitement à l'omalizumab pourrait être envisagé chez les patients qui ont obtenu un contrôle complet de leurs symptômes (UAS-7=0) durant au moins 12 semaines consécutives à la fin de la période de traitement de 24 semaines.

Critères pour un renouvellement de couverture.

2. Pour le traitement des adultes et des adolescents (de 12 ans et plus) présentant une urticaire chronique idiopathique (UCI) modérée à grave;
ET
Le patient a arrêté le traitement d'omalizumab après avoir obtenu un contrôle complet des symptômes (UAS-7=0). pour au moins 12 semaines durant la thérapie, mais a subit une récidive des symptômes; OU
Le patient a obtenu un contrôle complet des symptômes pour moins de 12 semaines consécutives; OU
Le patient a obtenu une réponse partielle au traitement, défini par une réduction d'au moins 9.5 ou plus du score d'activité de l'urticaire sur 7 jours avant le traitement (UAS-7).

Dans l'éventualité de l'arrêt du traitement avec l'omalizumab, parce qu'il y a eu un contrôle des symptômes chez le patient, un traitement à l'omalizumab pourrait être envisagé de nouveau s'il y a une réapparition des symptômes de l'UCI.

150MG POUDRE POUR SOLUTION

02260565 XOLAIR NVR

52:00 MÉDICAMENTS POUR YEUX, OREILLES, NEZ, GORGE (O.R.L.O.)

52:02.00 O.R.L.O. - ANTI-ALLERGIQUES

CROMOLYN SODIQUE

2% SOLUTION OPHTALMIQUE

02009277	CROMOLYN	PED
02230621	OPTICROM	ALL

LÉVOCABASTINE (CHLORHYDRATE)

0.05% VAPORISATEUR NASAL

02020017	LIVOSTIN	JSO

LODOXAMIDE (TROMÉTHAMINE DE)

0.1% SOLUTION

00893560	ALOMIDE	NVR

NÉDOCROMIL DE SODIUM

2% LIQUIDE

02241407	ALOCRIL	ALL

OLOPATADINE (CHLORHYDRATE DE)

0.1% SOLUTION

02458411	JAMP-OLOPATADINE	JMP

0.1% SOLUTION OPHTALMIQUE

02403986	ACT OLOPATADINE	ACG
02305054	APO-OLOPATADINE	APX
02422727	MINT-OLOPATADINE	MIN
02233143	PATANOL	NVR
02358913	SANDOZ OLOPATADINE	SDZ

0.2% SOLUTION OPHTALMIQUE

02404095	ACT OLOPATADINE	ACG
02402823	APO-OLOPATADINE	APX
02420171	SANDOZ OLOPATADINE	SDZ

52:04.04 O.R.L.O. - ANTIBACTÉRIENS

CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE)

0.3% ONGUENT

02200864	CILOXAN	NVR

0.3% SOLUTION

02263130	APO-CIPROFLOX	APX
01945270	CILOXAN	NVR
02387131	SANDOZ CIPROFLOXACIN	SDZ

CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE), DEXAMÉTHASONE

0.3%/0.1% SUSPENSION

02252716	CIPRODEX	NVR

ÉRYTHROMYCINE

5MG ONGUENT

00641324	ODAN-ERYTHROMYCIN	ODN

5MG/G ONGUENT

02326663	ERYTHROMYCIN	STG
01912755	PDP-ERYTHROMYCIN	PED

GATIFLOXACINE

0.3% SOLUTION

02257270	ZYMAR	ALL

52:04.04 O.R.L.O. - ANTIBACTÉRIENS

MOXIFLOXACINE (OPHTHALMIQUE)

0.5% SOLUTION

02404656	ACT MOXIFLOXACIN	ACG
02406373	APO-MOXIFLOXACIN	APX
02432218	PMS-MOXIFLOXACIN	PMS
02411520	SANDOZ MOXIFLOXACIN	SDZ
02252260	VIGAMOX	NVR

OFLOXACINE

0.3% SOLUTION

02248398	APO-OFLOXACIN	APX
02143291	OCUFLOX	ALL
02247189	SANDOZ OFLOXACIN	SDZ

POLYMYXINE B (SULFATE DE), BACITRACINE (ZINC DE)

500IU & 10,000IU/G ONGUENT

02160889	OPTIMYXIN	SDZ
02239157	POLYSPORIN	JAJ

POLYMYXINE B (SULFATE DE), GRAMICIDINE

0.025MG & 10,000U/ML GOUTTES

00701785	OPTIMYXIN	SDZ
02239156	POLYSPORIN EYE AND EAR	JAJ

POLYMYXINE B (SULFATE DE), TRIMÉTHOPRIME (SULFATE DE)

10,000U & 1MG/ML SOLUTION

02240363	PMS-POLYTRIMETHOPRIM	PMS
02011956	POLYTRIM	ALL
02239234	SANDOZ POLYTRIMETHOPRIM	SDZ

TOBRAMYCINE (OPHTHALMIQUE)

0.3% ONGUENT

00614254	TOBREX	NVR

0.3% SOLUTION

02241755	SANDOZ TOBRAMYCIN	SDZ
00513962	TOBREX	NVR

52:04.20 O.R.L.O. - ANTIVIRAUX

TRIFLURIDINE

1% SOLUTION

00687456	VIROPTIC	VAE

52:04.92 O.R.L.O. - ANTI-INFECTIEUX DIVERS

CHLORHEXIDINE (GLUCONATE DE)

0.12% RINCE BOUCHE

02384272	GUM PAROEX	SUS
02240433	PERICHLOR	PMS
02237452	PERIDEX	MAK
02207796	PERIOGARD	CPA

52:08.00

FLUTICASONE (PROPIONATE DE)

50MCG VAPORISATEUR

02248307	FLONASE ALLERGY RELIEF	GSK

52:08.08 O.R.L.O. - CORTICOSTÉROÏDE

BÉCLOMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)

50MCG/DOSE VAPORISATEUR NASAL

02238796	APO-BECLOMETHASONE	APX
02172712	MYLAN-BECLO AQ	MYL
02228300	RIVANASE AQ	RIV

BUDÉSONIDE

100MCG/DOSE POUDRE

02035324	RHINOCORT TURBUHALER	AZC

64MCG/DOSE VAPORISATEUR

02241003	MYLAN-BUDESONIDE AQ	MYL
02231923	RHINOCORT AQUA	MCL

100MCG/DOSE VAPORISATEUR

02230648	MYLAN-BUDESONIDE AQ	MYL

DEXAMÉTHASONE

0.1% ONGUENT

00042579	MAXIDEX	NVR

0.1% SUSPENSION

00042560	MAXIDEX	NVR

DEXAMÉTHASONE (PHOSPHATE DE)

0.1% SOLUTION

02023865	DEXAMETHASONE	UNK
00785261	PMS-DEXAMETHASONE	PMS

DEXAMÉTHASONE, TOBRAMYCINE

0.1% & 0.3% ONGUENT

00778915	TOBRADEX	NVR

0.1% & 0.3% SUSPENSION

00778907	TOBRADEX	NVR

FLUMÉTHASONE (PIVALATE DE), CLIOQUINOL

0.02% & 1% GOUTTES

00074454	LOCACORTEN VIOFORM	PAL

FLUORORÉTHOLONE

0.1% GOUTTES

00247855	FML	ALL

0.1% SUSPENSION

00756784	FLAREX	NVR
00432814	SANDOZ FLUOROMETHOLONE	SDZ

FLUTICASONE (FUROATE DE)

100MCG POUDRE

02446561	ARNUITY ELLIPTA	GSK

200MCG POUDRE

02446588	ARNUITY ELLIPTA	GSK

FLUTICASONE (PROPIONATE DE)

50MCG/DOSE VAPORISATEUR

02294745	APO-FLUTICASONE	APX
02296071	RATIO-FLUTICASONE	TEV

FRAMYCÉTINE (SULFATE DE), GRAMICIDINE, DEXAMÉTHASONE

5MG & 0.05MG/ML & 0.5MG GOUTTES

02224623	SOFRACORT EAR/EYE	SAC

52:08.08 O.R.L.O. - CORTICOSTÉROÏDE

MOMÉTASONE (FUROATE DE)

50MCG VAPORISATEUR

02403587	APO-MOMETASONE	APX
02238465	NASONEX	FRS

500MCG/ML VAPORISATEUR

02449811	SANDOZ MOMETASONE	SDZ

PREDNISOLONE (ACÉTATE DE)

0.12% GOUTTES

00299405	PRED MILD	ALL

1% SUSPENSION

00301175	PRED FORTE	ALL
01916203	SANDOZ PREDNISOLONE	SDZ
00700401	TEVA-PREDNISOLONE	TEV

PREDNISOLONE (ACÉTATE DE), SULFACÉTAMIDE SODIQUE

0.2% & 10% GOUTTES

00807788	BLEPHAMIDE	ALL

0.2% & 10% ONGUENT

00307246	BLEPHAMIDE	ALL

0.5% & 10% SUSPENSION

02023814	PREDNISOLONE/SULFACETAMIDE	UNK

PREDNISOLONE (PHOSPHATE SODIQUE DE)

0.5% GOUTTES

02148498	MINIMS PREDNISOLONE	VAE

TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE)

55MCG VAPORISATEUR

02437635	APO-TRIAMCINOLONE AQ	APX

55MCG/DOSE VAPORISATEUR

02213834	NASACORT AQ	SAC

52:08.20 O.R.L.O. - ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS

DICLOFENAC SODIQUE (TOPIQUE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'arthrose:
- chez le patient dont la douleur n'est pas soulagée avec l'acétaminophène ET avec un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS); OU
- lorsque le patient a une contre-indication à l'acétaminophène ET à un AINS. Veuillez décrire la contre-indication; OU
- lorsque le patient a une intolérance à l'acétaminophène ET à un AINS.

0.1% SOLUTION

02441020	APO-DICLOFENAC	APX
02454807	SANDOZ DICLOFENAC OPHTHA	SDZ

DICLOFENAC SODIUM

0.1% SOLUTION

01940414	VOLTAREN OPHTHA	NVR

KÉTOROLAC (TROMÉTHAMINE DE)

0.45% SOLUTION

02369362	ACUVAIL	ALL

52:08.20 O.R.L.O. - ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS

KÉTOROLAC (TROMÉTHAMINE DE)

0.5% SOLUTION

01968300	ACULAR	ALL
02245821	APO-KETOROLAC	AAP

NÉPAFÉNAC

0.1% SUSPENSION

02308983	NEVANAC	NVR

0.3% SUSPENSION

02411393	ILEVRO	NVR

52:12.00 O.R.L.O. - SOLUTION POUR LENTILLES CORNÉENNES

HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE

3MG SOLUTION

02231289	GENTEAL	NVR

52:16.00 O.R.L.O. - ANESTHÉSIQUES LOCAUX

LIDOCAINE (CHLORHYDRATE DE)

2% LIQUIDE

00001686	XYLOCAINE VISCOUS	AZC

52:24.00 O.R.L.O. - MYDRIATIQUES

ATROPINE (SULFATE D')

1% SOLUTION

02023695	ATROPINE	UNK
00035017	ISOPTO ATROPINE	NVR
02148358	MINIMS ATROPINE	VAE

CYCLOPENTOLATE (CHLORHYDRATE DE)

0.5% GOUTTES

02148331	MINIMS CYCLOPENTOLATE	VAE

1% GOUTTES

00252506	CYCLOGYL	NVR
02023644	CYCLOPENTOLATE	UNK
02148382	MINIMS CYCLOPENTOLATE	VAE

DIPIVEFRINE (CHLORHYDRATE DE)

0.1% LIQUIDE

02242232	APO-DIPIVEFRIN	APX

PHENYLEPHRINE (CHLORHYDRATE DE)

2.5% GOUTTES

02148447	MINIMS PHENYLEPHRINE	VAE
00465763	MYDFRIN	NVR
02027100	PHENYLEPHRINE	UNK

10% GOUTTES

02148455	MINIMS PHENYLEPHRINE	VAE

TROPICAMIDE

0.5% SOLUTION

00000981	MYDRIACYL	NVR

1% SOLUTION

00001007	MYDRIACYL	NVR

52:28.00 O.R.L.O. - RINCE-BOUCHE ET GARGARISMES

BENZYDAMINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

• Pour le traitement d'une inflammation de la muqueuse causée par un traitement par irradiation et le traitement des ulcérations oropharyngiennes causées par des traitements de la chimiothérapie.
• Pour usage chez les patients immunodéprimés dont les muqueuses risquent de se détériorer.

0.15% RINCE BOUCHE

02239044	APO-BENZYDAMINE	APX
02229777	PHARIXIA	PED
02239537	PMS-BENZYDAMINE	PMS

52:32.00 O.R.L.O. - VASOCONSTRICTEURS

ÉPINÉPHRINE

1MG/ML SOLUTION

00155365	ADRENALIN	ERF

NAPHAZOLINE (CHLORHYDRATE DE)

0.1% GOUTTES

00001147	ALBALON	ALL

52:40.04 O.R.L.O. - AGONISTES ALPHA-ADRÉNERGUIUE

BRIMONIDINE (TARTRATE DE)

0.15% SOLUTION

02248151	ALPHAGAN P	ALL
02301334	BRIMONIDINE P	AAP

0.2% SOLUTION

02236876	ALPHAGAN	ALL
02260077	APO-BRIMONIDINE	APX
02246284	PMS-BRIMONIDINE	PMS
02243026	RATIO-BRIMONIDINE	TEV
02305429	SANDOZ BRIMONIDINE	SDZ

TIMOLOL (MALÉATE DE), BRIMONIDINE (TARTRATE DE)

0.2% & 0.5% SOLUTION

02248347	COMBIGAN	ALL

52:40.08 O.R.L.O. - BÉTA BLOQUANTS ADRÉNERGIQUES

BÉTAXOLOL (CHLORHYDRATE DE)

0.25% SOLUTION OPHTALMIQUE

01908448	BETOPTIC S	NVR

LÉVOBUNOLOL (CHLORHYDRATE DE)

0.25% SOLUTION OPHTALMIQUE

02241575	APO-LEVOBUNOLOL	APX
02031159	RATIO-LEVOBUNOLOL	TEV

0.5% SOLUTION OPHTALMIQUE

00637661	BETAGAN	ALL

TIMOLOL (MALÉATE DE)

0.5% SOLUTION

00451207	TIMOPTIC	PFR

52:40.08 O.R.L.O. - BÉTA BLOQUANTS ADRÉNERGIQUES

TIMOLOL (MALÉATE DE)

0.25% SOLUTION (EXTENDED RELEASE)

02242275	TIMOLOL MALEATE-EX	SDZ

0.5% SOLUTION (EXTENDED RELEASE)

02290812	APO-TIMOP	APX
02242276	TIMOLOL MALEATE-EX	SDZ

0.25% SOLUTION (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02171880	TIMOPTIC-XE	PFR

0.5% SOLUTION (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02171899	TIMOPTIC-XE	PFR

0.25% SOLUTION OPHTALMIQUE

00755826	APO-TIMOP	APX
02238770	DOM-TIMOLOL	DPC
02083353	PMS-TIMOLOL	PMS

0.5% SOLUTION OPHTALMIQUE

00755834	APO-TIMOP	APX
02238771	DOM-TIMOLOL	DPC
02447800	JAMP-TIMOLOL	JMP
02083345	PMS-TIMOLOL	PMS
02166720	SANDOZ TIMOLOL	SDZ

52:40.12 O.R.L.O. - INHIBITEURS ANHYDRASE CARBONIQUE

ACÉTAZOLAMIDE

250MG COMPRIMÉ

00545015	ACETAZOLAMIDE	AAP

BRINZOLAMIDE

1% SUSPENSION

02238873	AZOPT	NVR

BRINZOLAMIDE, BRIMONIDINE (TARTRATE DE)

1% & 0.2% SUSPENSION

02435411	SIMBRINZA	NVR

BRINZOLAMIDE, TIMOLOL (MALÉATE DE)

1%/0.5% SUSPENSION

02331624	AZARGA	NVR

DORZOLAMIDE (CHLORHYDRATE DE)

2% SOLUTION

02459345	RIVA-DORZOLAMIDE	RIV

2% SOLUTION OPHTALMIQUE

02216205	TRUSOPT	FRS
02269090	TRUSOPT	FRS

20MG/ML SOLUTION OPHTALMIQUE

02316307	SANDOZ DORZOLAMIDE	SDZ

DORZOLAMIDE (CHLORHYDRATE DE), TIMOLOL (MALÉATE DE)

20MG & 5MG SOLUTION OPHTALMIQUE

02437686	MED-DORZOLAMIDE-TIMOLOL	GMP

20MG & 5MG/ML SOLUTION OPHTALMIQUE

02404389	ACT DORZOTIMOLOL	ACG
02299615	APO-DORZO-TIMOP	APX
02240113	COSOPT	FRS
02442426	PMS-DORZOLAMIDE-TIMOLOL	PMS

52:40.12 O.R.L.O. - INHIBITEURS ANHYDRASE CARBONIQUE

DORZOLAMIDE (CHLORHYDRATE DE), TIMOLOL (MALÉATE DE)

20MG & 5MG/ML SOLUTION OPHTALMIQUE

02441659	RIVA-DORZOLAMIDE/TIMOLOL	RIV
02344351	SANDOZ DORZOLAMIDE/TIMOLOL	SDZ
02320525	TEVA-DORZOTIMOL	TEV

200MG & 5MG SOLUTION OPHTALMIQUE

02443090	MINT-DORZOLAMIDE/TIMOLOL	MIN

MÉTHAZOLAMIDE

50MG COMPRIMÉ

02245882	METHAZOLAMIDE	AAP

52:40.20 O.R.L.O. - MYOTIQUES

CARBACHOL

0.01% SOLUTION OPHTALMIQUE

00042544	MIOSTAT	ALC

PILOCARPINE (CHLORHYDRATE DE)

2% SOLUTION OPHTALMIQUE

00000868	ISOPTO CARPINE	NVR

4% SOLUTION OPHTALMIQUE

00000884	ISOPTO CARPINE	NVR
02023733	PILOCARPINE	UNK

PILOCARPINE (NITRATE DE)

2% GOUTTES

02148463	MINIMS PILOCARPINE	VAE

52:40.28 O.R.L.O. - ANALOGUES DE LA PROSTAGLANDINE

BIMATOPROST

0.01% SOLUTION OPHTALMIQUE

02324997	LUMIGAN RC	ALL
09857368	LUMIGAN RC (ON)	ALL
09857398	LUMIGAN RC (ON)	ALL

0.03% SOLUTION OPHTALMIQUE

02429063	VISTITAN	SDZ

LATANOPROST

0.005% SOLUTION

02254786	ACT LATANOPROST	ACG
02296527	APO-LATANOPROST	APX
02373041	GD-LATANOPROST	PFI
02426935	MED-LATANOPROST	GMP
02317125	PMS-LATANOPROST	PMS
02341085	RIVA-LATANOPROST	RIV
02367335	SANDOZ LATANOPROST	SDZ
02231493	XALATAN	PFI

LATANOPROST, TIMOLOL (MALÉATE DE)

0.005% & 0.5% SOLUTION

02436256	ACT LATANOPROST/TIMOLOL	ACG
02414155	APO-LATANOPROST-TIMOP	APX
02373068	GD-LATANOPROST/TIMOLOL	PFI
02404591	PMS-LATANOPROST-TIMOLOL	PMS
02394685	SANDOZ LATANOPROST/TIMOLOL	SDZ

52:40.28 O.R.L.O. - ANALOGUES DE LA PROSTAGLANDINE

LATANOPROST, TIMOLOL (MALÉATE DE)

0.005% & 0.5% SOLUTION

02246619	XALACOM	PFI

50MCG & 5MG SOLUTION

02459205	RIVA-LATANOPROST/TIMOLOL	RIV

TIMOLOL (MALÉATE DE), TRAVOPROST

0.5% & 0.004% SOLUTION

02278251	DUOTRAV PQ	NVR
02413817	SANDOZ TRAVOPROST / TIMOLOL PQ	SDZ

TRAVOPROST

0.004% SOLUTION

02415739	APO-TRAVOPROST Z	APX
02413167	SANDOZ TRAVOPROST	SDZ
02412063	TEVA-TRAVOPROST Z	TEV
02318008	TRAVATAN Z	NVR

52:92.00 AUTRES O.R.L.O.

AFLIBERCEPT

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de:
Edème maculaire diabétique (OMD)
Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) de type humide
Occlusion veineuse rétinienne (OVR)

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

40MG SOLUTION

02415992	EYLEA	BAY

ALCOOL POLYVINYLIQUE

1.4% SOLUTION OPHTALMIQUE

02229570	ARTIFICIAL TEARS	PED
00579408	TEARS PLUS	ALL

ANETHOLE TRITHIONE

SI 25MG COMPRIMÉ

02240344	SIALOR	PMS

APRACLONIDINE (CHLORHYDRATE D')

0.5% SOLUTION OPHTALMIQUE

02076306	IOPIDINE	NVR

DEXTRANE 70, HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE

0.1% & 0.3% GOUTTES

01943308	TEARS NATURALE FREE	NVR
00743445	TEARS NATURALE II	NVR

HUILE MINÉRALE, PETROLATUM BLANC

55.5% & 42.5% ONGUENT

00210889	REFRESH LACRI-LUBE	ALL

HYDROXYPROPYL CELLULOSE

5MG INSERT

02250624	LACRISERT	ATO

52:92.00 AUTRES O.R.L.O.

HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE

0.5% GOUTTES

00000809	ISOPTO TEARS	NVR

1% GOUTTES

00000817	ISOPTO TEARS	NVR

MACROGOL, PROPYLENEGLYCOL

15% & 20% GEL

02220806	LUBRICATING	PMS
02352699	RHINARIS NASAL	PED
00551805	SECARIS	PED

15% & 20% VAPORISATEUR

00732230	LUBRICATING NASAL MIST	PMS
02354551	RHINARIS NASAL MIST	PED

PETROLATUM BLANC, LANOLINE, HUILE MINÉRALE

94% & 3% & 3% ONGUENT

02444062	SYSTANE	NVR

RANIBIZUMAB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de:
Edème maculaire diabétique (OMD)
Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) de type humide
Occlusion veineuse rétinienne (OVR)
Néovascularisation choroïdienne (NVC)

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

10MG/ML SOLUTION

02296810	LUCENTIS	NVR
02425629	LUCENTIS PFS	NVR

SODIUM (CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE DE)

0.5% GOUTTES

02049260	REFRESH PLUS	ALL
02231008	REFRESH TEARS	ALL

1% GOUTTES

00870153	REFRESH CELLUVISC	ALL

10MG/ML SOLUTION

02244650	REFRESH LIQUIGEL	ALL

SODIUM (CHLORURE DE)

9MG/ML GOUTTES NASAL

80024901	SALINEX	SDZ

5% ONGUENT

00750816	MURO 128	BSH

5% ONGUENT OPHTALMIQUE

80046696	ODAN SODIUM CHLORIDE	ODN

5% SOLUTION

00750824	MURO 128	BSH
80046737	ODAN-SODIUM CHLORIDE	ODN

9MG/ML VAPORISATEUR

80024381	SALINEX	SDZ

VASELINE, HUILE MINÉRALE

80% & 20% ONGUENT

02125706	SOOTHE NIGHT TIME	BSH

52:92.00 AUTRES O.R.L.O.

VERTÉPORFINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients souffrant de dégénérescence maculaire liée à l'âge et qui sont traitées par un ophtalmologiste.

15MG/VIAL POUDRE POUR SOLUTION

02242367	VISUDYNE	VAE

56:00 GASTRO-INTESTINAUX

56:04.00 ANTIACIDES ET ADSORBANTS

BISMUTH (SUBSALICYLATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable non nécessaire).

La couverture sera limitée à 8 tablettes par jour pour 14 jours avec une période de non couverture pour les 28 jours suivants;
OU
La couverture sera limitée à 120mL par jour pour 14 jours avec une période de non couverture pour les 28 jours suivants.

262MG CAPLET

00245730	BISMUTH	JMP

262MG COMPRIMÉ

02326582	BISMUTH SUBSALICYLATE	UNK
02177994	PEPTO BISMOL	PGI

17.6MG/ML LIQUIDE

02097079	PEPTO BISMOL	PGI

MAGNÉSIUM (OXYDE DE)

420MG COMPRIMÉ

00299448	MAGNESIUM OXIDE	VAE

835MG COMPRIMÉ

00689785	HI POTENCY MAGNESIUM OXIDE	SWS

SODIUM (BICARBONATE DE)

325MG COMPRIMÉ

80072247	SODIUM BICARBONATE	MDS

56:08.00 ANTIDIARRHÉIQUES

LOPÉRAMIDE (CHLORHYDRATE DE)

ST 2MG COMPRIMÉ

02212005	APO-LOPERAMIDE	APX
02229552	DIARR-EZE	PMS
02248994	DIARRHEA RELIEF	PMS
02256452	DIARRHEA RELIEF	VTH
02239535	DOM-LOPERAMIDE	DPC
02183862	IMODIUM	MCL
02225182	LOPERAMIDE	PDL
02228351	PMS-LOPERAMIDE	PMS
02238211	RIVA-LOPERAMIDE	RIV
02132591	TEVA-LOPERAMIDE	TEV

ST 0.2MG/ML SOLUTION

02192667	DIARR-EZE	PMS
02016095	PMS-LOPERAMIDE	PMS

ST 2MG/15ML SOLUTION

02291800	IMODIUM CALMING	MCL

56:12.00 CATHARTIQUES ET LAXATIFS

BISACODYL

ST 5MG COMPRIMÉ

00254142	DULCOLAX	BOE
02246039	JAMP-BISACODYL	JMP
00587273	PMS-BISACODYL	PMS

ST 5MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)

00545023	APO-BISACODYL	APX
02273411	BISACODYL-ODAN	ODN

56:12.00 CATHARTIQUES ET LAXATIFS

BISACODYL

5MG SUPPOSITOIRE

02410893	BISACODYL	JMP

10MG SUPPOSITOIRE

02361450	BISACODYL	JMP
00003875	DULCOLAX	BOE
00582883	PMS-BISACODYL	PMS
02241091	THE MAGIC BULLET	DCM

CITRIQUE (ACIDE), MAGNÉSIUM (OXYDE DE), SODIQUE (PICOSULFATE DE)

ST 12G & 3.5G & 10MG POUDRE POUR SOLUTION

02254794	PICO-SALAX	FEI
02317966	PURG-ODAN	ODN

GLYCÉRINE

ADULT SUPPOSITOIRE

00873462	GLYCERINE	TEV
01926039	GLYCERINE	WPC
02020394	GLYCERINE ADULTE	TEV
80029765	JAMP GLYCERIN	JMP

PEDIATRIC SUPPOSITOIRE

02020815	GLYCERINE	TEV
01926047	GLYCERINE POUR ENFANT	WPC

HUILE MINÉRALE

ST 78% GEL

00608734	LANSOYL	AUP
02186926	LANSOYL SANS SUCRE	AUP

ST 100% LIQUIDE

01935348	HUILE MINÉRALE LOURDE	RBW

MACROGOL, POTASSIUM (CHLORURE DE), SODIUM (BICARBONATE DE), SODIUM (CHLORURE DE), SODIQUE (SULFATE DE)

ST 60G & 750MG & 1.68G & 1.46G & 5.68G/L SOLUTION

00652512	GOLYTELY	BTU
00777838	PEGLYTE	PED

MAGNÉSIUM (CITRATE DE)

ST 5.40% SOLUTION

00262609	CITRO MAG	TEV

ST 50MG/ML SOLUTION

80001809	CITRODAN	ODN

MAGNÉSIUM (HYDROXIDE DE)

ST 311MG COMPRIMÉ (CROQUABLE)

02150638	PHILLIPS MAGNESIUM	BAY

ST 80MG/ML LIQUIDE

02245289	LAIT DE MAGNESIE	PMS
02150646	PHILLIPS LAIT DE MAGNESIE	BAY

POLYÉTHYLÈNE GLYCOL 3350

POUDRE

09991007	POLYETHYLENE GLYCOL	MDS
09991054	POLYETHYLENE GLYCOL 3350	MDS

100% POUDRE POUR SOLUTION

02374137	EMOLAX	JMP
02450070	M-PEG 3350	MAN

56:12.00 CATHARTIQUES ET LAXATIFS

POLYÉTHYLÈNE GLYCOL 3350

SF 1G POUDRE POUR SOLUTION

02317680	LAX-A-DAY	PED
02453193	LAX-A-DAY PHARMA	PMS
02358034	PEG 3350	MDS
02346672	RELAXA	RLI
02318164	RESTORALAX	BAY

POLYÉTHYLÈNE GLYCOL 3350, SODIQUE (SULFATE DE), SODIUM (BICARBONATE DE), SODIUM (CHLORURE DE), POTASSIUM (CHLORURE DE)

SF 60G & 750MG & 1.68G & 1.46G & 5.68G/L POUDRE

00677442	COLYTE	PED

POLYÉTHYLÈNE GLYCOL 3350, SODIQUE (SULFATE DE), SODIUM (BICARBONATE DE), SODIUM (CHLORURE DE), POTASSIUM (CHLORURE DE), BISACODYL

SF 59.55G & 5.74G & 1.69G & 1.46G & 0.76G & 5MG LIQUIDE

02326302	BI-PEGLYTE	PED

PSYLLIUM (MUCILAGE DE)

SF 50% POUDRE

00599875	MUCILLIUM	PMS

SF 680MG/G POUDRE

02174804	METAMUCIL FIBRE THERAPIE	PGI
02174812	METAMUCIL ORIGINAL	PGI
02174790	METAMUCIL T/L ORANGE	PGI
02174782	METAMUCIL T/L ORANGE (SANS SUCRE)	PGI

SÉNNOSIDES

SF 8.6MG COMPRIMÉ

80043280	M SENNOSIDES	MAN
80047592	OPUS SENNOSIDES	OPU
01949292	RIVA SENNA	RIV

SF 9MG COMPRIMÉ

80019511	BIOSENNOSIDES	BMI
02247389	EURO SENNA	EUR
80054498	M SENNOSIDES	MAN
00896411	PMS-SENNOSIDES	PMS
80009595	SENNA	JMP
02237105	SENNA LAXATIVE	VTH
02068109	SENNA SENNOSIDES	PMS
80009182	SENNOSIDES	JMP
00026158	SENOKOT	PFR

SF 12MG COMPRIMÉ

80055641	M-SENNOSIDES	MAN
00896403	PMS-SENNOSIDES	PMS
80009183	SENNOSIDES	JMP

SF 15MG COMPRIMÉ

02226030	EXLAX CHOCOLATED	NVC

43MG COMPRIMÉ

80061813	SENNACE	VAN

8.6MG COMPRIMÉ (ENROBÉ PAR PELLICULE)

80064362	SENNA SENNOSIDES NATURALS	UNK

56:12.00 CATHARTIQUES ET LAXATIFS

SÉNNOSIDES

15MG COMPRIMÉ (ENROBÉ PAR PELLICULE)

80054167	SENNOSIDES	UNK

SF 1.7MG/ML LIQUIDE

80024394	JAMP SENNAQUIL	JMP
02144379	SENNALAX	PMS
02084651	SENNAPREP	PMS
00367729	SENOKOT	PFR

SODIQUE PHOSPHATE

SF 60MG & 160MG/ML LIQUID RECTAL

02096900	ENEMOL PHOSPHATE DE SODIUM	DPC
00009911	FLEET LAVEMENT	KIM
00108065	FLEET LAVEMENT PÉDIATRIQUE	KIM

SF 180MG & 480MG/ML SOLUTION

02230399	PHOSPHATES	PMS

SF 2.4G SOLUTION

80034416	JAMP-SODIUM PHOSPHATE	JMP

SF 0.9G SOLUTION ORALE

80000689	PHOSLAX	ODN

SORBITOL, SODIQUE (CITRATE DE), SODIQUE LAURYL SULFOACETATE

SF 90MG & 9MG & 625MG LAVEMENT

02063905	MICROLAX	MCL

56:14.00 CHOLÉLITHOLYTIQUES

URSODIOL

SF 250MG COMPRIMÉ

02273497	PMS-URSODIOL	PMS
02238984	URSO	APC
02426900	URSODIOL	GLK

SF 500MG COMPRIMÉ

02273500	PMS-URSODIOL	PMS
02245894	URSO DS	APC
02426919	URSODIOL	GLK

SF PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES

99503024	UROSODIOL LIQUIDE ORALE	UNK

56:16.00 DIGESTIFS

LACTASE

SF 3,000U CAPLET

02239139	DAIRY DIGESTIVE	VTH

SF 4,500U CAPLET

02239140	DAIRY DIGESTIVE	VTH

SF 300MG COMPRIMÉ

80070358	JAMPLACTASE ENZYME	JMP

SF 3,000U COMPRIMÉ

01951637	DAIRYAID	TAN
02230653	LACTAID	KIM
02017512	LACTOMAX	STE

SF 4,500U COMPRIMÉ

02230654	LACTAID EXTRA STRENGTH	KIM
02224909	LACTOMAX EXTRA	STE

SF 9,000U COMPRIMÉ

02231507	LACTAID ULTRA	KIM

56:16.00 DIGESTIFS

LACTASE

ST LIQUIDE ORALE

99100157	LACTEEZE GOUTTE	AUP

LIPASE, AMYLASE, PROTEASE

ST 8,000U & 30,000U & 30,000U CAPSULE

00263818	COTAZYM	FRS
00502790	COTAZYM ECS 8	FRS

ST 20,000U & 55,000U & 55,000U CAPSULE

00821373	COTAZYM ECS 20	FRS

ST 5000U & 5100U & 320U GRANULES

02445158	CREON MINIMICROSPHERES MICRO	BGP

56:20.00 ÉMÉTIQUES

IPÉCA

14MG/ML LIQUIDE

00378801	XENEX IPECAC	XEN

56:22.08 ANTIHISTAMINIQUES

DIMÉNHYDRINATE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Le Programme des SSNA a établi une limite de dose pour le DIMENHYDRINATE en juin 2017 dans le cadre de la stratégie visant la sécurité des clients et l'usage abusif.

La dose limite pour le dimenhydrinate est actuellement de 400 mg par jour pour un total de 12,000 mg par période de 30 jours.

Cette limite de dose concerne uniquement les comprimées de 15 mg et de 50 mg. Les produits de dimenhydrinate sous formes de liquide, de suppositoire et d'injection ne sont pas visés par cette limite.

ST 50MG COMPRIMÉ

00363766	APO DIMENHYDRINATE	APX
00013803	GRAVOL	CHU
02245416	JAMP-DIMENHYDRINATE	JMP
02377179	MOTION SICKNESS	APX
00399779	NAUSEATOL	SDZ
00586331	PMS-DIMENHYDRINATE	PMS
00021423	TEVA-DIMENATE	TEV
00605786	TRAVEL	VTH

ST 3MG/ML SIROP

00230197	GRAVOL	CHU

50MG/ML SOLUTION

00392537	DIMENHYDRINATE	SDZ
00013579	GRAVOL	CHU

25MG SUPPOSITOIRE

00783595	GRAVOL	CHU

50MG SUPPOSITOIRE

00392553	SANDOZ DIMENHYDRINATE	SDZ

100MG SUPPOSITOIRE

00013609	GRAVOL	CHU

56:22.08 ANTIHISTAMINIQUES

DOXYLAMINE (SUCCINATE DE), PYRIDOXINE (CHLORHYDRATE DE)

ST 10MG & 10MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)

00609129	DICLECTIN	DUI

56:22.20 ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS 5-HT3

GRANISETRON (CHLORHYDRATE DE)

ST 1MG COMPRIMÉ

02308894	APO-GRANISETRON	APX
02452359	NAT-GRANISETRON	NPH

ONDANSETRON (CHLORHYDRATE DE)

ST 4MG COMPRIMÉ

02296349	ACT ONDANSETRON	ACG
02288184	APO-ONDANSETRON	APX
02313685	JAMP-ONDANSETRON	JMP
02371731	MAR-ONDANSETRON	MAR
02305259	MINT-ONDANSETRON	MIN
02297868	MYLAN-ONDANSETRON	MYL
02417839	NAT-ONDANSETRON	NPH
02421402	ONDANSETRON	SAN
02258188	PMS-ONDANSETRON	PMS
02312247	RAN-ONDANSETRON	RBY
02274310	SANDOZ ONDANSETRON	SDZ
02376091	SEPTA-ONDANSETRON	SPT
02264056	TEVA-ONDANSETRON	TEV
02448440	VAN-ONDANSETRON	VAN
02213567	ZOFRAN	NVR

ST 8MG COMPRIMÉ

02296357	ACT ONDANSETRON	ACG
02288192	APO-ONDANSETRON	APX
02313693	JAMP-ONDANSETRON	JMP
02371758	MAR-ONDANSETRON	MAR
02305267	MINT-ONDANSETRON	MIN
02297876	MYLAN-ONDANSETRON	MYL
02417847	NAT-ONDANSETRON	NPH
02325160	ONDANSETRON	PDL
02421410	ONDANSETRON	SAN
02258196	PMS-ONDANSETRON	PMS
02312255	RAN-ONDANSETRON	RBY
02274329	SANDOZ ONDANSETRON	SDZ
02376105	SEPTA-ONDANSETRON	SPT
02264064	TEVA-ONDANSETRON	TEV
02448467	VAN-ONDANSETRON	VAN
02213575	ZOFRAN	NVR

ST 4MG COMPRIMÉ (DISSOLUTION ORALE)

02444674	SANDOZ ONDANSETRON ODT	SDZ
02239372	ZOFRAN ODT	NVR

ST 8MG COMPRIMÉ (DISSOLUTION ORALE)

02444682	SANDOZ ONDANSETRON ODT	SDZ
02239373	ZOFRAN ODT	NVR

ST 4MG PELLICULE

02389983	ONDISSOLVE ODF	TAK

ST 8MG PELLICULE

02389991	ONDISSOLVE ODF	TAK

56:22.20 ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS 5-HT3

ONDANSETRON (CHLORHYDRATE DE)

[ST] 0.8MG/ML SOLUTION

02291967	ONDANSETRON	AAP
02229639	ZOFRAN	NVR

56:22.32 DIVERS ANTIÉMÉTIQUES

APRÉPITANT

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le prévention des nausées aigues et retardées et des vomissements en association avec un antagoniste 5-HT3 et la dexamthasone chez les patients qui ont reçu de la chimiothérapie hautement émétogène (ex. Cisplatine > 70mg/m2).

[ST] 80MG CAPSULE

02298791	EMEND	FRS

[ST] 125MG CAPSULE

02298805	EMEND	FRS

[ST] 125MG & 80MG CAPSULE

02298813	EMEND TRI-PACK	FRS

56:22.92 DIVERS ANTIÉMÉTIQUES

NABILONE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les patients souffrant de nausées et de vomissements liés à la chimiothérapie ou à la radiothérapie;
OU
Pour les patients qui reçoivent des soins palliatifs (a reçu un diagnostic avec une maladie en phase terminale ou maladie qui pourrait être la principale cause de décès dans six moins ou moins).

0.25MG CAPSULE

02312263	CESAMET	VAE
02358077	RAN-NABILONE	RBY
02392925	TEVA-NABILONE	TEV

0.5MG CAPSULE

02393581	ACT NABILONE	ACG
02256193	CESAMET	VAE
02380900	PMS-NABILONE	PMS
02358085	RAN-NABILONE	RBY
02384884	TEVA-NABILONE	TEV

1MG CAPSULE

02393603	ACT NABILONE	ACG
00548375	CESAMET	VAE
02380919	PMS-NABILONE	PMS
02358093	RAN-NABILONE	RBY
02384892	TEVA-NABILONE	TEV

56:28.12 ANTAGONISTES DY RÉCEPTEUR H2 DE L'HISTAMINE

CIMÉTIDINE

[ST] 200MG COMPRIMÉ

00584215	APO CIMETIDINE	APX
00582409	NOVO-CIMETINE	TEV

56:28.12 ANTAGONISTES DY RÉCEPTEUR H2 DE L'HISTAMINE

CIMÉTIDINE

[ST] 300MG COMPRIMÉ

00487872	APO CIMETIDINE	APX
02231287	DOM-CIMETIDINE	DPC
02227444	MYLAN-CIMETIDINE	MYL
00582417	NOVO-CIMETINE	TEV

[ST] 400MG COMPRIMÉ

00600059	APO CIMETIDINE	APX
02231288	DOM-CIMETIDINE	DPC
00603678	NOVO-CIMETINE	TEV

[ST] 600MG COMPRIMÉ

00600067	APO CIMETIDINE	APX
02231290	DOM-CIMETIDINE	DPC
00603686	NOVO-CIMETINE	TEV

[ST] 800MG COMPRIMÉ

00749494	APO-CIMETIDINE	APX
00663727	NOVO-CIMETINE	TEV

FAMOTIDINE

[ST] 20MG COMPRIMÉ

01953842	APO-FAMOTIDINE	APX
02351102	FAMOTIDINE	SAN
02196018	MYLAN-FAMOTIDINE	MYL
02022133	TEVA-FAMOTIDINE	TEV

[ST] 40MG COMPRIMÉ

01953834	APO-FAMOTIDINE	APX
02351110	FAMOTIDINE	SAN
02022141	TEVA-FAMOTIDINE	TEV

NIZATIDINE

[ST] 150MG CAPSULE

00778338	AXID	PED
02177714	PMS-NIZATIDINE	PMS

[ST] 300MG CAPSULE

00778346	AXID	PED
02177722	PMS-NIZATIDINE	PMS

RANITIDINE (CHLORHYDRATE DE)

[ST] 150MG COMPRIMÉ

02248570	ACT RANITIDINE	TEV
00733059	APO-RANITIDINE	APX
02293471	MAXIMUM STRENGTH ACID REDUCER	PMS
02242453	PMS-RANITIDINE	PMS
00740748	RANITIDINE	PDL
02353016	RANITIDINE	SAN
02385953	RANITIDINE	SIV
02336480	RAN-RANITIDINE	RBY
02247814	RIVA-RANITIDINE	RIV
02243229	SANDOZ RANITIDINE	SDZ
00828564	TEVA-RANITIDINE	TEV

[ST] 300MG COMPRIMÉ

02248571	ACT RANITIDINE	TEV
00733067	APO-RANITIDINE	APX
02242454	PMS-RANITIDINE	PMS
00740756	RANITIDINE	PDL

56:28.12 ANTAGONISTES DY RÉCEPTEUR H2 DE L'HISTAMINE

RANITIDINE (CHLORHYDRATE DE)

ST 300MG COMPRIMÉ

02353024	RANITIDINE	SAN
02385961	RANITIDINE	SIV
02336502	RAN-RANITIDINE	RBY
02247815	RIVA-RANITIDINE	RIV
02243230	SANDOZ RANITIDINE	SDZ

ST 15MG/ML SOLUTION

02280833	APO-RANITIDINE	APX
02242940	TEVA-RANITIDINE	TEV

56:28.28 PROSTAGLANDINES

MISOPROSTOL

ST 100MCG COMPRIMÉ

02244022	MISOPROSTOL	AAP

ST 200MCG COMPRIMÉ

02244023	MISOPROSTOL	AAP

56:28.32 PROTECTEURS

SUCRALFATE

ST 1G COMPRIMÉ

02125250	APO-SUCRALFATE	APX
02100622	SULCRATE	APC
02045702	TEVA-SUCRALFATE	TEV

ST 200MG/ML SUSPENSION

02103567	SULCRATE PLUS	APC

56:28.36 INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

AMOXICILLINE, CLARITHROMYCINE, LANSOPRAZOLE

ST 500MG & 500MG & 30MG KIT

02238525	HP-PAC	TAK

LANSOPRAZOLE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à 400 comprimés/capsules par période de 180 jours.

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

ST 15MG CAPSULE (LIBÉRATION RETARDÉE)

02293811	APO-LANSOPRAZOLE	APX
02357682	LANSOPRAZOLE	SAN
02385767	LANSOPRAZOLE	SIV
02433001	LANSOPRAZOLE	PMS
02353830	MYLAN-LANSOPRAZOLE	MYL
02395258	PMS-LANSOPRAZOLE	PMS
02165503	PREVACID	TAK
02402610	RAN-LANSOPRAZOLE	RBY
02422808	RIVA-LANSOPRAZOLE	RIV
02385643	SANDOZ LANSOPRAZOLE	SDZ
02280515	TEVA-LANSOPRAZOLE	TEV

ST 30MG CAPSULE (LIBÉRATION RETARDÉE)

02293838	APO-LANSOPRAZOLE	APX
02414775	DOM-LANSOPRAZOLE	DPC

56:28.36 INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

LANSOPRAZOLE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à 400 comprimés/capsules par période de 180 jours.

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

ST 30MG CAPSULE (LIBÉRATION RETARDÉE)

02357690	LANSOPRAZOLE	SAN
02366282	LANSOPRAZOLE	PDL
02410389	LANSOPRAZOLE	SIV
02433028	LANSOPRAZOLE	PMS
02353849	MYLAN-LANSOPRAZOLE	MYL
02395266	PMS-LANSOPRAZOLE	PMS
02165511	PREVACID	TAK
02402629	RAN-LANSOPRAZOLE	RBY
02422816	RIVA-LANSOPRAZOLE	RIV
02280523	TEVA-LANSOPRAZOLE	TEV

ST 30MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)

02385651	SANDOZ LANSOPRAZOLE	SDZ

PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES

99503010	LANSOPRAZOLE LIQUIDE ORALE	UNK

LANSOPRAZOLE ODT

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

La couverture sera limitée à 400 comprimés/capsules par période de 180 jours.

Pour les enfants de 12 ans et moins qui sont incapables d'avaler des capsules; OU
Pour les patients qui souffrent de dysphagie ou qui nécessitent un tube d'alimentation et qui sont incapables d'utiliser des capsules.

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

ST 15MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)

02249464	PREVACID FASTAB	TAK

ST 30MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)

02249472	PREVACID FASTAB	TAK

OMEPRAZOLE MAGNESIUM

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à 400 comprimés/capsules par période de 180 jours.

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

ST 20MG CAPSULE (LIBÉRATION RETARDÉE)

02245058	APO-OMEPRAZOLE	APX
00846503	LOSEC	AZC
02329433	MYLAN-OMEPRAZOLE	MYL
02339927	OMEPRAZOLE	PDL
02348691	OMEPRAZOLE	SAN
02385384	OMEPRAZOLE	SIV
02411857	OMEPRAZOLE-20	SIV
02320851	PMS-OMEPRAZOLE	PMS

56:28.36 INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

OMEPRAZOLE MAGNESIUM

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à 400 comprimés/capsules par période de 180 jours.

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

ST 20MG CAPSULE (LIBÉRATION RETARDÉE)		
02403617	RAN-OMEPRAZOLE	RBY
02296446	SANDOZ OMEPRAZOLE	SDZ
20MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)		
02449927	BIO-OMEPRAZOLE	BMI
02333430	DOM-OMEPRAZOLE DR	DPC
02420198	JAMP-OMEPRAZOLE DR	JMP
02190915	LOSEC	AZC
02439549	NAT-OMEPRAZOLE DR	NPH
02416549	OMEPRAZOLE	ACC
02310260	PMS-OMEPRAZOLE	PMS
02374870	RAN-OMEPRAZOLE	RBY
02260867	RATIO-OMEPRAZOLE	TEV
02402416	RIVA-OMEPRAZOLE DR	RIV
02295415	TEVA-OMEPRAZOLE	TEV
02432404	VAN-OMEPRAZOLE	VAN
PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES		
99503002	OMEPRAZOLE LIQUIDE ORALE	UNK

PANTOPRAZOLE MAGNESIUM

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à 400 comprimés/capsules par période de 180 jours.

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

ST 40MG COMPRIMÉ (ENTÉROSOLUBLE)		
02408570	MYLAN-PANTOPRAZOLE T	MYL
02441853	PANTOPRAZOLE MAGNESIUM	UNK
02267233	TECTA	TAK
02440628	TEVA-PANTOPRAZOLE MAGNESIUM	TEV
ST 40MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)		
02466147	PANTOPRAZOLE T	SAN

PANTOPRAZOLE SODIQUE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à 400 comprimés/capsules par période de 180 jours.

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

ST 40MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)		
02300486	ACT PANTOPRAZOLE	ACG
02292920	APO-PANTOPRAZOLE	APX
02415208	AURO-PANTOPRAZOLE	AUR
02445867	BIO-PANTOPRAZOLE	BMI
02310007	DOM-PANTOPRAZOLE	DPC
02357054	JAMP-PANTOPRAZOLE	JMP

56:28.36 INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

PANTOPRAZOLE SODIQUE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à 400 comprimés/capsules par période de 180 jours.

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

ST 40MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)		
02416565	MAR-PANTOPRAZOLE	MAR
02417448	MINT-PANTOPRAZOLE	MIN
02467372	M-PANTOPRAZOLE	MAN
02299585	MYLAN-PANTOPRAZOLE	MYL
02229453	PANTOLOC	TAK
02318695	PANTOPRAZOLE	PDL
02370808	PANTOPRAZOLE	SAN
02431327	PANTOPRAZOLE	RIV
02437945	PANTOPRAZOLE	PMS
02428180	PANTOPRAZOLE-40	SIV
02307871	PMS-PANTOPRAZOLE	PMS
02425378	PRIVA-PANTOPRAZOLE	PHA
02305046	RAN-PANTOPRAZOLE	RBY
02316463	RIVA-PANTOPRAZOLE	RIV
02301083	SANDOZ PANTOPRAZOLE	SDZ
02285487	TEVA-PANTOPRAZOLE	TEV

RABÉPRAZOLE SODIQUE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à 400 comprimés/capsules par période de 180 jours.

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

ST 10MG COMPRIMÉ (ENTÉROSOLUBLE)		
02345579	APO-RABEPRAZOLE	APX
02243796	PARIET	JSO
02310805	PMS-RABEPRAZOLE	PMS
02315181	PRO-RABEPRAZOLE	PDL
02385449	RABEPRAZOLE	SIV
02356511	RABEPRAZOLE EC	SAN
02298074	RAN-RABEPRAZOLE	RBY
02330083	RIVA-RABEPRAZOLE EC	RIV
02314177	SANDOZ RABEPRAZOLE	SDZ
02296632	TEVA-RABEPRAZOLE	TEV
ST 20MG COMPRIMÉ (ENTÉROSOLUBLE)		
02345587	APO-RABEPRAZOLE	APX
02320460	DOM-RABEPRAZOLE EC	DPC
02243797	PARIET	JSO
02310813	PMS-RABEPRAZOLE	PMS
02315203	PRO-RABEPRAZOLE	PDL
02385457	RABEPRAZOLE	SIV
02356538	RABEPRAZOLE EC	SAN
02298082	RAN-RABEPRAZOLE	RBY
02330091	RIVA-RABEPRAZOLE	RIV
02314185	SANDOZ RABEPRAZOLE	SDZ
02296640	TEVA-RABEPRAZOLE	TEV

56:32.00 AGENTS PROKINÉTIQUES

DOMPÉRIDONE (MALÉATE DE)

[ST] 10MG COMPRIMÉ

02103613	APO-DOMPERIDONE	APX
02445034	BIO-DOMPERIDONE	BMI
02238315	DOM-DOMPERIDONE	DPC
02236857	DOMPERIDONE	PDL
02238341	DOMPERIDONE	SIV
02350440	DOMPERIDONE	SAN
02369206	JAMP-DOMPERIDONE	JMP
02403870	MAR-DOMPERIDONE	MAR
02236466	PMS-DOMPERIDONE	PMS
02268078	RAN-DOMPERIDONE	RBY
01912070	TEVA-DOMPERIDONE	TEV

PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES

99503005	DOMPERIDONE LIQUIDE ORALE	UNK

MÉTOCLOPRAMIDE (CHLORHYDRATE DE)

[ST] 5MG COMPRIMÉ

00842826	APO-METOCLOP	APX
02230431	METONIA	PED

[ST] 10MG COMPRIMÉ

00842834	APO-METOCLOP	APX
02230432	METONIA	PED

[ST] 1MG/ML SOLUTION

02230433	METONIA	PED

56:36.00 AGENTS ANTI-INFLAMMATOIRES

BÉTAMÉTHASONE (PHOSPHATE SODIQUE DE)

0.05MG/ML LAVEMENT

02060884	BETNESOL	PAL

HYDROCORTISONE (ACÉTATE D')

10% AÉROSOL

00579335	CORTIFOAM	PAL

100MG/60ML LAVEMENT

02112736	CORTENEMA	APC

MÉSALAZINE

[ST] 400MG COMPRIMÉ (ENTÉROSOLUBLE)

01997580	ASACOL	ALL
02171929	TEVA-5 ASA	TEV

[ST] 500MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02099683	PENTASA	FEI

[ST] 1G COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02399466	PENTASA	FEI

[ST] 1.2G COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02297558	MEZAVANT	SHI

[ST] 500MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)

02112787	SALOFALK	APC

[ST] 800MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)

02267217	ASACOL	ALL

500MG SUPPOSITOIRE

02112760	SALOFALK	APC

1G SUPPOSITOIRE

02153564	PENTASA	FEI
02242146	SALOFALK	APC

56:36.00 AGENTS ANTI-INFLAMMATOIRES

MÉSALAZINE

1G/100ML SUSPENSION

02153521	PENTASA	FEI

2G/60G SUSPENSION

02112795	SALOFALK	APC

4G/100ML SUSPENSION

02153556	PENTASA	FEI

4G/60G SUSPENSION

02112809	SALOFALK	APC

OLSALAZINE SODIQUE

[ST] 250MG CAPSULE

02063808	DIPENTUM	APU

56:92.00 DIVERS GASTRO-INTESTINAUX

PINAVERIUM (BROMURE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement et pour le soulagement des symptômes reliés au trouble fonctionnel gastro-intestinal incluant le syndrome du côlon irritable, le côlon spastique, la colite spasmodique et la colite muqueuse; OU
Lors d'un iléus paralytique postopératoire, en vue d'accélérer la reprise du transit intestinale suivant une chirurgie abdominale.

50MG CAPSULE

00465240	DICETEL	SPH

50MG COMPRIMÉ

01950592	DICETEL	BGP

100MG COMPRIMÉ

02230684	DICETEL	BGP

60:00 SELS D'OR

60:00.00 SELS D'OR

AURANOFINE

3MG CAPSULE

01916823	RIDAURA	XED

SODIUM (AUROTHIOMALATE DE)

10MG/ML SOLUTION

01927620	MYOCHRYSINE	SAC
02245456	SODIUM AUROTHIOMALATE	SDZ

25MG/ML SOLUTION

01927612	MYOCHRYSINE	SAC

50MG/ML SOLUTION

01927604	MYOCHRYSINE	SAC
02245458	SODIUM AUROTHIOMALATE	SDZ

64:00 ANTIDOTES DES MÉTAUX LOURDS

64:00.00 ANTIDOTES DES MÉTAUX LOURDS

PÉNICILLAMINE

250MG CAPSULE

00016055 CUPRIMINE VAE

68:00 HORMONES ET SUBSTITUTS

68:04.00 CORTICOSTÉROÏDES

BÉCLOMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)

50MCG AÉROSOL

02242029	QVAR	VAE

100MCG AÉROSOL

02242030	QVAR	VAE

BUDÉSONIDE

3MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)

02229293	ENTOCORT	TIL

100MCG INHALATEUR

00852074	PULMICORT TURBUHALER	AZC

200MCG INHALATEUR

00851752	PULMICORT TURBUHALER	AZC

400MCG INHALATEUR

00851760	PULMICORT TURBUHALER	AZC

0.125MG SUSPENSION

02465949	TEVA-BUDESONIDE	TEV

0.125MG/ML SUSPENSION

02229099	PULMICORT NEBUAMP	AZC

0.25MG/ML SUSPENSION

01978918	PULMICORT NEBUAMP	AZC

0.5MG SUSPENSION

02465957	TEVA-BUDESONIDE	TEV

0.5MG/ML SUSPENSION

01978926	PULMICORT NEBUAMP	AZC

CICLESONIDE

100MG/INHALATION AÉROSOL

02285606	ALVESCO	AZC

200MG/INHALATION AÉROSOL

02285614	ALVESCO	AZC

CORTISONE (ACÉTATE DE)

25MG COMPRIMÉ

00280437	CORTISONE	VAE

DEXAMÉTHASONE

0.5MG COMPRIMÉ

02261081	APO-DEXAMETHASONE	APX
01964976	PMS DEXAMETHASONE	PMS
02240684	RATIO-DEXAMETHASONE	TEV

0.75MG COMPRIMÉ

01964968	PMS DEXAMETHASONE	PMS

2MG COMPRIMÉ

02279363	PMS-DEXAMETHASONE	PMS

4MG COMPRIMÉ

02250055	APO-DEXAMETHASONE	APX
01964070	PMS DEXAMETHASONE	PMS
02311267	PRO-DEXAMETHASONE	PDL
02240687	RATIO-DEXAMETHASONE	TEV

0.1MG/ML LIQUIDE

01946897	PMS DEXAMETHASONE	PMS

PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES

99503007	DEXAMÉTHASONE LIQUIDE ORALE	UNK

68:04.00 CORTICOSTÉROÏDES

DEXAMÉTHASONE (PHOSPHATE DE)

4MG/ML LIQUIDE

00664227	DEXAMETHASONE	SDZ
01977547	DEXAMETHASONE	RAX
02204266	DEXAMETHASONE-OMEGA	OMG

10MG/ML LIQUIDE

00874582	DEXAMETHASONE	SDZ
02204274	DEXAMETHASONE-OMEGA	OMG
00783900	PMS-DEXAMETHASONE	PMS

FLUDROCORTISONE (ACÉTATE DE)

0.1MG COMPRIMÉ

02086026	FLORINEF	PAL

FLUTICASONE (PROPIONATE DE)

50MCG/INHALATION AÉROSOL

02244291	FLOVENT HFA	GSK

125MCG/INHALATION AÉROSOL

02244292	FLOVENT HFA	GSK

250MCG/INHALATION AÉROSOL

02244293	FLOVENT HFA	GSK

100MCG/DOSE POUDRE

02237245	FLOVENT DISKUS	GSK

250MCG/DOSE POUDRE

02237246	FLOVENT DISKUS	GSK

500MCG/DOSE POUDRE

02237247	FLOVENT DISKUS	GSK

HYDROCORTISONE (ACÉTATE D')

10MG COMPRIMÉ

00030910	CORTEF	PFI

20MG COMPRIMÉ

00030929	CORTEF	PFI

MÉTHYLPREDNISOLONE

4MG COMPRIMÉ

00030988	MEDROL	PFI

16MG COMPRIMÉ

00036129	MEDROL	PFI

MÉTHYLPREDNISOLONE (ACÉTATE DE)

20MG/ML SUSPENSION

01934325	DEPO-MEDROL	PFI

40MG/ML SUSPENSION

00030759	DEPO-MEDROL	PFI
01934333	DEPO-MEDROL	PFI
02245400	METHYLPREDNISOLONE	SDZ
02245407	METHYLPREDNISOLONE	SDZ

80MG/ML SUSPENSION

00030767	DEPO-MEDROL	PFI
01934341	DEPO-MEDROL	PFI
02245406	METHYLPREDNISOLONE	SDZ
02245408	METHYLPREDNISOLONE	SDZ

MOMÉTASONE (FUROATE DE)

200MCG POUDRE

02243595	ASMANEX TWISTHALER	FRS

400MCG POUDRE

02243596	ASMANEX TWISTHALER	FRS

68:04.00 CORTICOSTÉROÏDES

PREDNISOLONE (PHOSPHATE SODIQUE DE)

1MG/ML SOLUTION

02230619	PEDIAPRED	SAC
02245532	PMS-PREDNISOLONE	PMS

PREDNISONE

1MG COMPRIMÉ

00598194	APO PREDNISONE	APX
00271373	WINPRED	AAP

5MG COMPRIMÉ

00312770	APO PREDNISONE	APX
00156876	PREDNISONE	PDL
00021695	TEVA-PREDNISONE	TEV

50MG COMPRIMÉ

00550957	APO PREDNISONE	APX
00232378	TEVA-PREDNISONE	TEV

PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES

99503008	PREDNISONE LIQUIDE ORALE	UNK

TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE)

10MG/ML SUSPENSION

01999761	KENALOG-10	BMS
02229540	TRIAMCINOLONE	SDZ

40MG/ML SUSPENSION

01999869	KENALOG-40	BMS
01977563	TRIAMCINOLONE	RAX
02229550	TRIAMCINOLONE	SDZ
09857128	TRIAMCINOLONE	UNK

TRIAMCINOLONE (DIACÉTATE DE)

40MG/ML SUSPENSION

01977555	TRIAMCINOLONE	RAX

68:08.00 ANDROGÈNES

DANAZOL

50MG CAPSULE

02018144	CYCLOMEN	SAC

100MG CAPSULE

02018152	CYCLOMEN	SAC

200MG CAPSULE

02018160	CYCLOMEN	SAC

TESTOSTÉRONE (CYPIONATE DE)

100MG/ML SOLUTION

00030783	DEPO-TESTOSTERONE	PFI
02246063	TESTOSTERONE CYPIONATE	SDZ

TESTOSTÉRONE (ÉNANTHATE DE)

200MG/ML SOLUTION

00029246	DELATESTRYL	VAE

TESTOSTÉRONE (UNDÉCANOATE DE)

40MG CAPSULE

02322498	PMS-TESTOSTERONE	PMS
02421186	TARO-TESTOSTERONE	TAR

68:12.00 ANOVULANTS

DÉSOGESTREL, ÉTHINYLESTRADIOL

[ST] 25MCG & 150MCG, 125MCG, 100MCG COMPRIMÉ

02272903	LINESSA 21	ASP
02257238	LINESSA 28	ASP

ÉTHINYLESTRADIOL, DÉSOGESTREL

[ST] 30MCG & 150MCG COMPRIMÉ

02317192	APRI 21	TEV
02317206	APRI 28	TEV
02396491	FREYA 21	MYL
02396610	FREYA 28	MYL
02042487	MARVELON (21 JOURS)	FRS
02042479	MARVELON (28 JOURS)	FRS
02410249	MIRVALA 21	APX
02410257	MIRVALA 28	APX
02420813	RECLIPSEN 21	ACG
02417464	RECLIPSEN 28	ACG

ÉTHINYLESTRADIOL, DROSPIRÉNONE

[ST] 0.02MG & 3MG COMPRIMÉ

02415380	MYA	APX
02321157	YAZ	BAY

[ST] 0.03MG & 3MG COMPRIMÉ

02261723	YASMIN 21	BAY
02261731	YASMIN 28	BAY
02410788	ZAMINE 21	APX
02410796	ZAMINE 28	APX
02385058	ZARAH 21	OBT
02385066	ZARAH 28	OBT

ÉTHINYLESTRADIOL, ETHYNODIOL

[ST] 30MCG & 2MG COMPRIMÉ

00469327	DEMULEN-30 (21 JOURS)	PFI
00471526	DEMULEN-30 (28 JOURS)	PFI

ÉTHINYLESTRADIOL, ETONOGESTREL

[ST] 2.6MG & 11.4MG ANNEAU

02253186	NUVARING	FRS

ÉTHINYLESTRADIOL, LÉVONORGESTREL

0.03MG & 0.15MG COMPRIMÉ

02398869	INDAYO	MYL

[ST] 0.15MG & 0.03MG COMPRIMÉ

02296659	SEASONALE	TEV

[ST] 20MCG & 100MCG COMPRIMÉ

02236974	ALESSE 21	PFI
02236975	ALESSE 28	PFI
02387875	ALYSENA 21	APX
02387883	ALYSENA 28	APX
02298538	AVIANE 21	TEV
02298546	AVIANE 28	TEV
02388138	ESME 21	MYL
02388146	ESME 28	MYL
02401185	LUTERA 21	OBT
02401207	LUTERA 28	OBT

[ST] 30MCG & 0.05MG, 40MCG & 0.075MG, 30MCG & 0.125MG COMPRIMÉ

00707600	TRIQUILAR 21	BAY
00707503	TRIQUILAR 28	BAY

68:12.00 ANOVULANTS

ÉTHINYLESTRADIOL, LÉVONORGESTREL

[ST] 30MCG & 150MCG COMPRIMÉ

02042320	MIN-OVRAL (21 JOURS)	PFI
02042339	MIN-OVRAL (28 JOURS)	PFI
02387085	OVIMA 21	APX
02387093	OVIMA 28	APX
02295946	PORTIA 21	TEV
02295954	PORTIA 28	TEV

ÉTHINYLESTRADIOL, NORELGESTROMINE

[ST] 6MG & 0.6MG PATCH (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02248297	EVRA	JSO

ÉTHINYLESTRADIOL, NORÉTHINDRONE

35MCG & 0.5MG COMPRIMÉ

02187086	BREVICON 0.5/35 (21 JOURS)	PFI
02187094	BREVICON 0.5/35 28 (28 JOURS)	PFI

[ST] 35MCG & 1MG COMPRIMÉ

02189054	BREVICON 1/35 (21 JOURS)	PFI
02189062	BREVICON 1/35 (28 JOURS)	PFI
02197502	SELECT 1/35 (21JOURS)	PFI
02199297	SELECT 1/35 (28 JOURS)	PFI

ÉTHINYLESTRADIOL, NORÉTHINDRONE (ACÉTATE DE)

[ST] 10MCG & 1MG COMPRIMÉ

02417456	LOLO	ALL

[ST] 20MCG & 1MG COMPRIMÉ

00315966	MINESTRIN 1/20 (21 JOURS)	WAC
00343838	MINESTRIN 1/20 (28 JOURS)	WAC

[ST] 30MCG & 1.5MG COMPRIMÉ

00297143	LOESTRIN	WAC
00353027	LOESTRIN	WAC

ÉTHINYLESTRADIOL, NORGESTIMATE

[ST] 35MCG & 0.25MG COMPRIMÉ

01968440	CYCLEN (21 JOURS)	JSO
01992872	CYCLEN (28 JOURS)	JSO

LÉVONORGESTREL

0.75MG COMPRIMÉ

02371189	OPTION 2	PER
02241674	PLAN B	TEV

1.5MG COMPRIMÉ

02433532	BACKUP PLAN ONESTEP	APX
02425009	CONTINGENCY ONE	MYL
02293854	PLAN B	TEV

LÉVONORGESTREL DISPOSITIF INTRAUTÉRIN

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Couverture accordée pour un 1 stérilet tous les deux ans.

13.5MG INSERT (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02408295	JAYDESS	BAY

52MG INSERT (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02243005	MIRENA	BAY

68:12.00 ANOVULANTS

LÉVONORGESTREL, ÉTHINYLESTRADIOL

[ST] 0.15MG & 0.03MG & 0.01MG COMPRIMÉ

02346176	SEASONIQUE	TEV

NORÉTHINDRONE

[ST] 0.35MG COMPRIMÉ

02441306	JENCYCLA	LUP
00037605	MICRONOR 28-JOUR	JSO
02410303	MOVISSE	MYL

NORÉTHINDRONE, ÉTHINYLESTRADIOL

35MCG & 0.5MG, 35MCG & 1MG COMPRIMÉ

02187108	SYNPHASIC (21 JOURS)	PFI
02187116	SYNPHASIC (28 JOURS)	PFI

NORGESTIMATE, ÉTHINYLESTRADIOL

[ST] 25MCG & 0.180MG, 25MCG & 0.215MG, 25MCG & 0.25MG COMPRIMÉ

02401967	TRICIRA LO 21	APX
02401975	TRICIRA LO 28	APX
02258560	TRI-CYCLEN LO (21 JOURS)	JSO
02258587	TRI-CYCLEN LO (28 JOURS)	JSO

[ST] 35MCG & 0.180MG, 35MCG & 0.215MG, 35MCG & 0.25MG COMPRIMÉ

02028700	TRI-CYCLEN (21 JOURS)	JSO
02029421	TRI-CYCLEN (28 JOURS)	JSO

ULIPRISTAL (ACETATE D')

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à 90 comprimés, ne sont fournies qu'aux femmes âgées de 18 à 60 ans.

[ST] 5MG COMPRIMÉ

02408163	FIBRISTAL	ALL

68:16.04 ESTROGÈNES

ESTRADIOL

[ST] 2MG ANNEAU

02168898	ESTRING	PFI

[ST] 0.5MG COMPRIMÉ

02225190	ESTRACE	TRM

[ST] 1MG COMPRIMÉ

02148587	ESTRACE	TRM

[ST] 2MG COMPRIMÉ

02148595	ESTRACE	TRM

[ST] 0.25MG GEL

02424924	DIVIGEL	TEV

[ST] 0.5MG GEL

02424835	DIVIGEL	TEV

[ST] 1MG GEL

02424843	DIVIGEL	TEV

[ST] 25MCG TIMBRE CUTANÉ

02245676	ESTRADOT 25	NVR
02243722	OESCLIM	SEA

[ST] 37.5MCG TIMBRE CUTANÉ

02243999	ESTRADOT 37.5	NVR

[ST] 50MCG TIMBRE CUTANÉ

02244000	ESTRADOT 50	NVR

68:16.04 ESTROGÈNES

ESTRADIOL

ST 50MCG TIMBRE CUTANÉ

02243724	OESCLIM	SEA

ST 75MCG TIMBRE CUTANÉ

02244001	ESTRADOT 75	NVR

ST 100MCG TIMBRE CUTANÉ

02244002	ESTRADOT 100	NVR

ESTRADIOL HÉMIHYDRATÉ

ST 0.5MG COMPRIMÉ

02449048	LUPIN-ESTRADIOL	LUP

ST 1MG COMPRIMÉ

02449056	LUPIN-ESTRADIOL	LUP

ST 2MG COMPRIMÉ

02449064	LUPIN-ESTRADIOL	LUP

ST 10MCG COMPRIMÉ VAGINALE

02325462	VAGIFEM 10	NOO

ST 0.06% GEL

02238704	ESTROGEL	FRS

ST 25MCG TIMBRE CUTANÉ

02247499	CLIMARA 25	BAY

ST 50MCG TIMBRE CUTANÉ

02231509	CLIMARA 50	BAY
02246967	SANDOZ ESTRADIOL DERM	SDZ

ST 75MCG TIMBRE CUTANÉ

02247500	CLIMARA 75	BAY
02246968	SANDOZ ESTRADIOL DERM	SDZ

ST 100MCG TIMBRE CUTANÉ

02231510	CLIMARA 100	BAY
02246969	SANDOZ ESTRADIOL DERM	SDZ

ESTRADIOL, NORÉTHINDRONE (ACÉTATE DE)

ST 50MCG & 140MCG TIMBRE CUTANÉ

02241835	ESTALIS	NVR

ST 50MCG & 250MCG TIMBRE CUTANÉ

02241837	ESTALIS	NVR

ESTROGÈNES CONJUGUÉS

ST 0.3MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02414678	PREMARIN	PFI

ST 0.625MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02414686	PREMARIN	PFI

ST 1.25MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02414694	PREMARIN	PFI

ST 0.625MG/G CRÈME

02043440	PREMARIN	PFI

ESTROGÈNES CONJUGUÉS, MÉDROXYPROGESTÉRONE (ACÉTATE DE)

ST 0.625MG & 2.5MG COMPRIMÉ

02242878	PREMPLUS	PFI

ST 0.625MG & 5MG COMPRIMÉ

02242879	PREMPLUS	PFI

ESTRONE

ST 1MG/G CRÈME

00727369	ESTRAGYN	SEA

68:16.12 AGONISTES-ANTAGONISTES DES ESTROGÈNES

RALOXIFÈNE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour la prévention secondaire de l'ostéoporose chez les femmes qui n'ont pas obtenu le résultat escompté avec les biphosphonates.
Pour la prévention secondaire de l'ostéoporose chez les femmes qui ont eu des antécédents de cancer du sein ou dont une parente au premier degré a souffert d'un cancer du sein.

60MG COMPRIMÉ

02358840	ACT RALOXIFENE	ACG
02279215	APO-RALOXIFENE	APX
02239028	EVISTA	LIL
02358921	PMS-RALOXIFENE	PMS
02415852	RALOXIFENE	PDL
02312298	TEVA-RALOXIFENE	TEV

68:18.00 GONADOTROPHINES

GOSÉRÉLINE (ACÉTATE DE)

3.6MG/DEPOT IMPLANT

02049325	ZOLADEX	UNK

NAFARÉLINE (ACÉTATE DE)

2MG/ML AÉROSOL

02188783	SYNAREL	PFI

68:20.02 INHIBITEURS DE L'ALPHA-GLUCOSIDASE

ACARBOSE

ST 50MG COMPRIMÉ

02190885	GLUCOBAY	BAY

ST 100MG COMPRIMÉ

02190893	GLUCOBAY	BAY

68:20.04 BIGUANIDES

METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)

ST 500MG COMPRIMÉ

02257726	ACT METFORMIN	ACG
02167786	APO-METFORMIN	APX
02438275	AURO-METFORMIN	AUR
02229994	DOM-METFORMIN	DPC
02099233	GLUCOPHAGE	SAC
02229516	GLYCON	VAE
02380196	JAMP-METFORMIN	JMP
02380722	JAMP-METFORMIN BLACKBERRY	JMP
02378620	MAR-METFORMIN	MAR
02353377	METFORMIN	SAN
02378841	METFORMIN	MAR
02385341	METFORMIN FC	SIV
02388766	MINT-METFORMIN	MIN
02148765	MYLAN-METFORMIN	MYL
02223562	PMS-METFORMIN	PMS
02314908	PRO-METFORMIN	PDL
02269031	RAN-METFORMIN	RBY
02242974	RATIO-METFORMIN	TEV

68:20.04 BIGUANIDES

METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)

SF 500MG COMPRIMÉ

02239081	RIVA-METFORMIN	RIV
02246820	SANDOZ METFORMIN FC	SDZ
02379767	SEPTA-METFORMIN	SPT
02045710	TEVA-METFORMIN	TEV

SF 850MG COMPRIMÉ

02257734	ACT METFORMIN	ACG
02229785	APO-METFORMIN	APX
02438283	AURO-METFORMIN	AUR
02242726	DOM-METFORMIN	DPC
02162849	GLUCOPHAGE	SAC
02239214	GLYCON	VAE
02380218	JAMP-METFORMIN	JMP
02380730	JAMP-METFORMIN BLACKBERRY	JMP
02378639	MAR-METFORMIN	MAR
02353385	METFORMIN	SAN
02378868	METFORMIN	MAR
02385368	METFORMIN FC	SIV
02388774	MINT-METFORMIN	MIN
02229656	MYLAN-METFORMIN	MYL
02242589	PMS-METFORMIN	PMS
02314894	PRO-METFORMIN	PDL
02269058	RAN-METFORMIN	RBY
02242931	RATIO-METFORMIN	TEV
02242783	RIVA-METFORMIN	RIV
02246821	SANDOZ METFORMIN	SDZ
02379775	SEPTA-METFORMIN	SPT
02230475	TEVA-METFORMIN	TEV

68:20.05 INHIBITEURS DE LA DPP 4

LINAGLIPTIN

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients atteints de diabète sucré de type 2 qui n'ont pas réussi à maîtriser leur glycémie ou qui ont présenté une intolérance dans le cadre d'un essai adéquat de la metformine ET d'une sulfonylurée.

SF 5MG COMPRIMÉ

02370921	TRAJENTA	BOE

LINAGLIPTIN, METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients atteints de diabète sucré de type 2 qui n'ont pas réussi à maîtriser leur glycémie ou qui ont présenté une intolérance dans le cadre d'un essai adéquat de la metformine ET d'une sulfonylurée.

SF 2.5MG & 1000MG COMPRIMÉ

02403277	JENTADUETO	BOE

SF 2.5MG & 500MG COMPRIMÉ

02403250	JENTADUETO	BOE

SF 2.5MG & 850MG COMPRIMÉ

02403269	JENTADUETO	BOE

68:20.05 INHIBITEURS DE LA DPP 4

SAXAGLIPTINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire)

Pour le traitement des patients atteints de diabète sucré de type 2 qui: n'ont pas réussi à maîtriser leur glycémie ou qui ont présenté une intolérance dans le cadre d'un essai adéquat de la metformine ET d'une sulfonylurée.

SF 2.5MG COMPRIMÉ

02375842	ONGLYZA	AZC

SF 5MG COMPRIMÉ

02333554	ONGLYZA	AZC

SAXAGLIPTINE (CHLORHYDRATE DE), METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients atteints de diabète sucré de type 2 qui n'ont pas réussi à maîtriser leur glycémie ou qui ont présenté une intolérance dans le cadre d'un essai adéquat de la metformine ET d'une sulfonylurée.

SF 2.5MG & 1000MG COMPRIMÉ

02389185	KOMBOGLYZE	AZC

SF 2.5MG & 500MG COMPRIMÉ

02389169	KOMBOGLYZE	AZC

SF 2.5MG & 850MG COMPRIMÉ

02389177	KOMBOGLYZE	AZC

SITAGLIPTINE (PHOSPHATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients atteints de diabète sucré de type 2 qui n'ont pas réussi à maîtriser leur glycémie ou qui ont présenté une intolérance dans le cadre d'un essai adéquat de la metformine ET d'une sulfonylurée.

SF 25MG COMPRIMÉ

02388839	JANUVIA	FRS

SF 50MG COMPRIMÉ

02388847	JANUVIA	FRS

SF 100MG COMPRIMÉ

02303922	JANUVIA	FRS

SITAGLIPTINE (PHOSPHATE DE), METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients atteints de diabète sucré de type 2 qui n'ont pas réussi à maîtriser leur glycémie ou qui ont présenté une intolérance dans le cadre d'un essai adéquat de la metformine ET d'une sulfonylurée.

SF 50MG & 1000MG COMPRIMÉ

02333872	JANUMET	FRS

SF 50MG & 500MG COMPRIMÉ

02333856	JANUMET	FRS

SF 50MG & 850MG COMPRIMÉ

02333864	JANUMET	FRS

SF 50MG & 1000MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02416794	JANUMET XR	FRS

68:20.05 INHIBITEURS DE LA DPP 4

SITAGLIPTINE (PHOSPHATE DE), METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients atteints de diabète sucré de type 2 qui n'ont pas réussi à maîtriser leur glycémie ou qui ont présenté une intolérance dans le cadre d'un essai adéquat de la metformine ET d'une sulfonylurée.

[ST] 50MG & 500MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02416786	JANUMET XR	FRS

[ST] 100MG & 1000MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02416808	JANUMET XR	FRS

68:20.08 INSULINES

INSULIN (ZINC CRYSTALLINE) HUMAN BIOSYNTHETIC (RDNA ORIGIN)

100U/ML INJECTION

00586714	HUMULIN R	LIL
09853766	HUMULIN R 100U/ML CARTOUCHE	LIL
01959220	HUMULIN R CARTRIDGE	LIL

INSULIN BIOSYNTHETIC HUMAN BR

100U SOLUTION

02415089	HUMULIN R (KWIKPEN)	LIL

INSULINE (30% NEUTRE & 70% ISOPHANE) HUMAINE BIOSYNTHÉTIQUE

100U/ML INJECTION

00795879	HUMULIN 30/70	LIL
09853855	HUMULIN 30/70 CARTOUCHE	LIL
01959212	HUMULIN 30/70 CARTRIDGE	LIL
02024217	NOVOLIN GE 30/70	NOO
02025248	NOVOLIN GE 30/70 PENFILL	NOO
09853812	NOVOLIN GE 30/70 PENFILL	NOO

INSULINE (40% NEUTRE & 60% ISOPHANE) HUMAINE BIOSYNTHÉTIQUE

100U/ML INJECTION

02024314	NOVOLIN GE 40/60 PENFILL	NOO

INSULINE (50% NEUTRE & 50% ISOPHANE) HUMAINE BIOSYNTHÉTIQUE

100U/ML INJECTION

02024322	NOVOLIN GE 50/50 PENFILL	NOO

INSULINE ASPART

100U/ML INJECTION

02244353	NOVORAPID	NOO
02245397	NOVORAPID	NOO
02377209	NOVORAPID	NOO

INSULINE BIOSYNTHÉTIQUE HUMAINE

100U/ML INJECTION

02024233	NOVOLIN GE TORONTO	NOO
02024284	NOVOLIN GE TORONTO PENFILL	NOO
09853774	NOVOLIN GE TORONTO PENFILL	NOO

68:20.08 INSULINES

INSULINE DETEMIR

100U/ML INJECTION

02412829	LEVEMIR FLEXTOUCH	NOO
02271842	LEVEMIR PENFILL	NOO

INSULINE GLARNINE

100U/ML INJECTION

02245689	LANTUS	SAC
02251930	LANTUS	SAC
02294338	LANTUS SOLOSTAR	SAC

100U SOLUTION

02444844	BASAGLAR	LIL
02444852	BASAGLAR	LIL
02461528	BASAGLAR	LIL

INSULINE GLULISINE

100U/ML INJECTION

02279479	APIDRA CARTRIDGE	SAC
02294346	APIDRA SOLOSTAR	SAC
02279460	APIDRA VIAL	SAC

INSULINE HUMAINE BIOSYNTHÉTIQUE ISOPHANE

100U/ML INJECTION

00587737	HUMULIN N	LIL
01959239	HUMULIN N (CARTRIDGE)	LIL
02403447	HUMULIN N (KWIKPEN)	LIL
09853804	HUMULIN N 100U/ML CARTOUCHE	LIL
02024225	NOVOLIN GE NPH	NOO
09853782	NOVOLIN GE NPH 100U/ML PENFILL	NOO
02024268	NOVOLIN GE NPH PENFILL	NOO

INSULINE LISPRO

100U/ML INJECTION

02229704	HUMALOG	LIL
02229705	HUMALOG (CARTRIDGE)	LIL
02403412	HUMALOG (KWIKPEN)	LIL
09853715	HUMALOG 100U/ML CARTOUCHE	LIL

200U/ML INJECTION

02439611	HUMALOG 200U/ML KWIKPEN	LIL

INSULINE LISPRO, INSULINE LISPRO PROTAMINE

100U/ML INJECTION

02240294	HUMALOG MIX 25 (CARTRIDGE)	LIL
02403420	HUMALOG MIX 25 (KWIKPEN)	LIL
02240297	HUMALOG MIX 50 (CARTRIDGE)	LIL
02403439	HUMALOG MIX 50 (KWIKPEN)	LIL

68:20.16 MÉGLITINIDES

REPAGLINIDE

[SF] 0.5MG COMPRIMÉ

02321475	ACT REPAGLINIDE	ACG
02355663	APO-REPAGLINIDE	APX
02424258	AURO-REPAGLINIDE	AUR
02239924	GLUCONORM	NOO
02354926	PMS-REPAGLINIDE	PMS
02415968	REPAGLINIDE	PDL

68:20.16 MÉGLITINIDES

REPAGLINIDE

ST 0.5MG COMPRIMÉ

02357453	SANDOZ REPAGLINIDE	SDZ

ST 1MG COMPRIMÉ

02321483	ACT REPAGLINIDE	ACG
02355671	APO-REPAGLINIDE	APX
02424266	AURO-REPAGLINIDE	AUR
02239925	GLUCONORM	NOO
02354934	PMS-REPAGLINIDE	PMS
02415976	REPAGLINIDE	PDL
02357461	SANDOZ REPAGLINIDE	SDZ

ST 2MG COMPRIMÉ

02321491	ACT REPAGLINIDE	ACG
02355698	APO-REPAGLINIDE	APX
02424274	AURO-REPAGLINIDE	AUR
02239926	GLUCONORM	NOO
02354942	PMS-REPAGLINIDE	PMS
02415984	REPAGLINIDE	PDL
02357488	SANDOZ REPAGLINIDE	SDZ

68:20.18 INHIBITEURS DU COTRANSPORTEUR SODIUM-GLUCOSE DE TYPE 2 (SGLT2)

CANAGLIFLOZINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients atteints de diabète sucré de type 2 qui n'ont pas réussi à maîtriser leur glycémie ou qui ont présenté une intolérance dans le cadre d'un essai adéquat de la metformine ET d'une sulfonylurée.

ST 100MG COMPRIMÉ

02425483	INVOKANA	JSO

ST 300MG COMPRIMÉ

02425491	INVOKANA	JSO

DAPAGLIFLOZINE (PROPANEDIOL DE DAPAGLIFLOZINE MONOHYDRATÉ)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients atteints de diabète sucré de type 2 qui n'ont pas réussi à maîtriser leur glycémie ou qui ont présenté une intolérance dans le cadre d'un essai adéquat de la metformine ET d'une sulfonylurée.

ST 5MG COMPRIMÉ

02435462	FORXIGA	AZC

ST 10MG COMPRIMÉ

02435470	FORXIGA	AZC

EMPAGLIFLOZINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients atteints de diabète sucré de type 2 qui n'ont pas réussi à maîtriser leur glycémie ou qui ont présenté une intolérance dans le cadre d'un essai adéquat de la metformine ET d'une sulfonylurée.

ST 10MG COMPRIMÉ

02443937	JARDIANCE	BOE

68:20.18 INHIBITEURS DU COTRANSPORTEUR SODIUM-GLUCOSE DE TYPE 2 (SGLT2)

EMPAGLIFLOZINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients atteints de diabète sucré de type 2 qui n'ont pas réussi à maîtriser leur glycémie ou qui ont présenté une intolérance dans le cadre d'un essai adéquat de la metformine ET d'une sulfonylurée.

ST 25MG COMPRIMÉ

02443945	JARDIANCE	BOE

METFORMINE (CHLORHYDRATE DE), DAPAGLIFLOZINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients atteints de diabète sucré de type 2 qui n'ont pas réussi à maîtriser leur glycémie ou qui ont présenté une intolérance dans le cadre d'un essai adéquat de la metformine ET d'une sulfonylurée.

ST 850MG & 5MG COMPRIMÉ

02449935	XIGDUO	AZC

ST 1000MG & 5MG COMPRIMÉ

02449943	XIGDUO	AZC

68:20.20 ANTIDIABÉTIQUES - SULFONYLURÉES

GLICLAZIDE

ST 80MG COMPRIMÉ

02245247	APO-GLICLAZIDE	APX
00765996	DIAMICRON	SEV
02248453	GLICLAZIDE	PDL
02287072	GLICLAZIDE	SAN
02238103	TEVA-GLICLAZIDE	TEV

ST 30MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02297795	APO-GLICLAZIDE MR	APX
02242987	DIAMICRON MR	SEV
02429764	GPC-GLICLAZIDE MR	UNK
02423286	MINT-GLICLAZIDE MR	MIN
02438658	MYLAN-GLICLAZIDE MR	MYL
02461323	SANDOZ GLICLAZIDE MR	SDZ

ST 60MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02407124	APO-GLICLAZIDE MR	APX
02356422	DIAMICRON MR	SEV
02423294	MINT-GLICLAZIDE MR	MIN
02439328	RAN-GLICLAZIDE	RBY
02461331	SANDOZ GLICLAZIDE MR	SDZ

GLYBURIDE

ST 2.5MG COMPRIMÉ

01913654	APO GLYBURIDE	APX
02224550	DIABETA	SAC
01959352	GLYBURIDE	PDL
02350459	GLYBURIDE	SAN
01913670	TEVA-GLYBURIDE	TEV

ST 5MG COMPRIMÉ

01913662	APO GLYBURIDE	APX

68:20.20 ANTIDIABÉTIQUES - SULFONYLURÉES

GLYBURIDE

5MG COMPRIMÉ

02224569	DIABETA	SAC
02234514	DOM-GLYBURIDE	DPC
00720941	EUGLUCON	PMS
02350467	GLYBURIDE	SAN
02236734	PMS-GLYBURIDE	PMS
01913689	TEVA-GLYBURIDE	TEV

TOLBUTAMIDE

500MG COMPRIMÉ

00312762	TOLBUTAMIDE	AAP

68:20.28 THIAZOLIDINÉDIONES

PIOGLITAZONE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2. Ce médicament pourra être utilisé chez les patients dont la glycémie n'est pas contrôlée adéquatement avec la metformine et les sulfonylurées, qui ne peuvent tolérer ces produits ou pour qui ces produits sont contre-indiqués.

15MG COMPRIMÉ

02303442	ACCEL PIOGLITAZONE	ACP
02391600	ACH-PIOGLITAZONE	ACC
02302861	ACT PIOGLITAZONE	ACG
02302942	APO-PIOGLITAZONE	APX
02307634	DOM-PIOGLITAZONE	DPC
02397307	JAMP-PIOGLITAZONE	JMP
02326477	MINT-PIOGLITAZONE	MIN
02298279	MYLAN-PIOGLITAZONE	MYL
02303124	PMS-PIOGLITAZONE	PMS
02312050	PRO-PIOGLITAZONE	PDL
02375850	RAN-PIOGLITAZONE	RBY
02297906	SANDOZ PIOGLITAZONE	SDZ
02274914	TEVA-PIOGLITAZONE	TEV
02434121	VAN-PIOGLITAZONE	VAN

30MG COMPRIMÉ

02303450	ACCEL PIOGLITAZONE	ACP
02339587	ACH-PIOGLITAZONE	ACC
02302888	ACT PIOGLITAZONE	ACG
02302950	APO-PIOGLITAZONE	APX
02307642	DOM-PIOGLITAZONE	DPC
02365529	JAMP-PIOGLITAZONE	JMP
02326485	MINT-PIOGLITAZONE	MIN
02298287	MYLAN-PIOGLITAZONE	MYL
02303132	PMS-PIOGLITAZONE	PMS
02312069	PRO-PIOGLITAZONE	PDL
02375869	RAN-PIOGLITAZONE	RBY
02297914	SANDOZ PIOGLITAZONE	SDZ
02274922	TEVA-PIOGLITAZONE	TEV
02434148	VAN-PIOGLITAZONE	VAN

45MG COMPRIMÉ

02303469	ACCEL PIOGLITAZONE	ACP
02339595	ACH-PIOGLITAZONE	ACC
02302896	ACT PIOGLITAZONE	ACG

68:20.28 THIAZOLIDINÉDIONES

PIOGLITAZONE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2. Ce médicament pourra être utilisé chez les patients dont la glycémie n'est pas contrôlée adéquatement avec la metformine et les sulfonylurées, qui ne peuvent tolérer ces produits ou pour qui ces produits sont contre-indiqués.

45MG COMPRIMÉ

02302977	APO-PIOGLITAZONE	APX
02307650	DOM-PIOGLITAZONE	DPC
02365537	JAMP-PIOGLITAZONE	JMP
02326493	MINT-PIOGLITAZONE	MIN
02298295	MYLAN-PIOGLITAZONE	MYL
02303140	PMS-PIOGLITAZONE	PMS
02312077	PRO-PIOGLITAZONE	PDL
02375877	RAN-PIOGLITAZONE	RBY
02297922	SANDOZ PIOGLITAZONE	SDZ
02274930	TEVA-PIOGLITAZONE	TEV
02434156	VAN-PIOGLITAZONE	VAN

ROSIGLITAZONE (MALÉATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2. Ce médicament pourra être utilisé chez les patients dont la glycémie n'est pas contrôlée adéquatement avec la metformine et les sulfonylurées, qui ne peuvent tolérer ces produits ou pour qui ces produits sont contre-indiqués.

2MG COMPRIMÉ

02403366	APO-ROSIGLITAZONE	APX
02241112	AVANDIA	GSK

4MG COMPRIMÉ

02403374	APO-ROSIGLITAZONE	APX
02241113	AVANDIA	GSK

8MG COMPRIMÉ

02403382	APO-ROSIGLITAZONE	APX
02241114	AVANDIA	GSK

68:22.12 GLYCOGÉNOLYTIQUE

GLUCAGON, SOURCE ADNR

1MG/ML INJECTION

02333619	GLUCAGEN	NOO
02333627	GLUCAGEN HYPOKIT	NOO
02243297	GLUCAGON	LIL

68:24.00 PARATHYROÏDIENS

CALCITONINE DE SAUMON (SYNTHÉTIQUE)

200IU/ML SOLUTION

01926691	CALCIMAR	SAC

68:28.00 HORMONES HYPOPHYSAIRES

DESMOPRESSINE (ACÉTATE DE)

0.1MG COMPRIMÉ

00824305	DDAVP	FEI
02284030	DESMOPRESSIN	APX
02304368	PMS-DESMOPRESSIN	PMS

68:28.00 HORMONES HYPOPHYSAIRES

DESMOPRESSINE (ACÉTATE DE)

ST 0.1MG COMPRIMÉ

02287730	TEVA-DESMOPRESSIN	TEV

ST 0.2MG COMPRIMÉ

00824143	DDAVP	FEI
02284049	DESMOPRESSIN	APX
02304376	PMS-DESMOPRESSIN	PMS
02287749	TEVA-DESMOPRESSIN	TEV

ST 60MCG COMPRIMÉ (DISSOLUTION ORALE)

02284995	DDAVP MELT	FEI

ST 120MCG COMPRIMÉ (DISSOLUTION ORALE)

02285002	DDAVP MELT	FEI

ST 240MCG COMPRIMÉ (DISSOLUTION ORALE)

02285010	DDAVP MELT	FEI

4MCG/ML LIQUIDE

00873993	DDAVP	FEI

0.1MG/ML VAPORISATEUR NASAL

00402516	DDAVP	FEI
00836362	DDAVP	FEI
02242465	DESMOPRESSINE	AAP

68:32.00 PROGESTATIFS

DIÉNOGEST

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour la prise en charge des douleurs pelviennes associées à l'endométriose.

ST 2MG COMPRIMÉ

02374900	VISANNE	BAY

MÉDROXYPROGESTÉRONE (ACÉTATE DE)

ST 2.5MG COMPRIMÉ

02244726	APO-MEDROXY	APX
02253550	MEDROXY	PDL
00708917	PROVERA	PFI
02221284	TEVA-MEDROXYPROGESTERONE	TEV

ST 5MG COMPRIMÉ

02244727	APO-MEDROXY	APX
02253577	MEDROXY	PDL
00030937	PROVERA	PFI
02221292	TEVA-MEDROXYPROGESTERONE	TEV

ST 10MG COMPRIMÉ

02277298	APO-MEDROXY	APX
00729973	PROVERA	PFI
02221306	TEVA-MEDROXYPROGESTERONE	TEV

ST 100MG COMPRIMÉ

02267640	APO-MEDROXY	APX

50MG/ML SUSPENSION

00030848	DEPO-PROVERA	PFI

150MG/ML SUSPENSION

00585092	DEPO-PROVERA	PFI
02322250	MEDROXYPROGESTERONE	SDZ

68:32.00 PROGESTATIFS

PROGESTÉRONE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des femmes:
- Qui présentent des symptômes post-ménopausiques et une intolérance à l'acétate de médroxyprogestérone (AMP); OU
- À risque d'accouchement prématuré; OU
- Qui utilisent le médicament pour prévenir un avortement spontané.

ST 100MG CAPSULE

02166704	PROMETRIUM	FRS
02439913	TEVA-PROGESTERONE	TEV

68:36.04 THYROÏDIENS

LÉVOTHYROXINE SODIQUE

ST 0.025MG COMPRIMÉ

02264323	EUTHYROX	SRO
02172062	SYNTHROID	BGP

ST 0.05MG COMPRIMÉ

02213192	ELTROXIN	ASP
02264331	EUTHYROX	SRO
02172070	SYNTHROID	BGP

ST 0.075MG COMPRIMÉ

02264358	EUTHYROX	SRO
02172089	SYNTHROID	BGP

ST 0.088MG COMPRIMÉ

02172097	SYNTHROID	BGP

ST 0.1MG COMPRIMÉ

02213206	ELTROXIN	ASP
02264374	EUTHYROX	SRO
02172100	SYNTHROID	BGP

ST 0.112MG COMPRIMÉ

02264390	EUTHYROX	SRO
02171228	SYNTHROID	BGP

ST 0.125MG COMPRIMÉ

02264404	EUTHYROX	SRO
02172119	SYNTHROID	BGP

ST 0.137MG COMPRIMÉ

02264412	EUTHYROX	SRO
02233852	SYNTHROID	BGP

ST 0.15MG COMPRIMÉ

02213214	ELTROXIN	ASP
02264420	EUTHYROX	SRO
02172127	SYNTHROID	BGP

ST 0.175MG COMPRIMÉ

02264439	EUTHYROX	SRO
02172135	SYNTHROID	BGP

ST 0.2MG COMPRIMÉ

02213222	ELTROXIN	ASP
02264447	EUTHYROX	SRO
02172143	SYNTHROID	BGP

ST 0.3MG COMPRIMÉ

02213230	ELTROXIN	ASP
02264455	EUTHYROX	SRO
02172151	SYNTHROID	BGP

68:36.04 THYROÏDIENS

LIOTHYRONINE SODIQUE

SF **5MCG COMPRIMÉ**

01919458	CYTOMEL	PFI

SF **25MCG COMPRIMÉ**

01919466	CYTOMEL	PFI

THYROÏDE

SF **30MG COMPRIMÉ**

00023949	THYROID	ERF

SF **60MG COMPRIMÉ**

00023957	THYROID	ERF

SF **125MG COMPRIMÉ**

00023965	THYROID	ERF

68:36.08 ANTITHYROÏDIENS

PROPYLTHIOURACILE

SF **50MG COMPRIMÉ**

00010200	PROPYL-THYRACIL	PAL

SF **100MG COMPRIMÉ**

00010219	PROPYL-THYRACIL	PAL

THIABENDAZOLE

SF **5MG COMPRIMÉ**

00015741	TAPAZOLE	PAL

SF **10MG COMPRIMÉ**

02296039	TAPAZOLE	PAL

72:00 ANESTHÉSIQUES LOCAUX

72:00.00 ANESTHÉSIQUES LOCAUX

LIDOCAINE (CHLORHYDRATE DE)

2% LIQUIDE

01968823	LIDODAN VISCOUS	ODN
00811874	PMS-LIDOCAINE VISCOUS	PMS

76:00 OCYTOCIQUES

76:00.00 OCYTOCIQUES

MISOPROSTOL, MIFEPRISTONE

200MCG & 200MG COMPRIMÉ

02444038 MIFEGYMISO LIP

84:00 PEAU & MUQUEUSES

84:04.04 PEAU & MUQUEUSES - ANTIBIOTIQUES

ACIDE FUSIDIQUE

2% CRÈME

00586668	FUCIDIN	LEO

ACIDE FUSIDIQUE, HYDROCORTISONE (ACÉTATE D')

2% & 1% CRÈME

02238578	FUCIDIN H	LEO

BACITRACINE (ZINC DE)

500IU ONGUENT

00584908	BACITIN	PED
02351714	JAMP-BACITRACINE	JMP

CLINDAMYCINE (PHOSPHATE DE)

2% CRÈME

02060604	DALACIN	PFI

1% SOLUTION

02243659	CLINDA-T	VAE
00582301	DALACIN T	PFI
02266938	TARO-CLINDAMYCIN	TAR

PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES

99502000	CLINDAMYCINE DANS DU DILUSOL OU DUONALC	UNK

CLINDAMYCINE (PHOSPHATE DE), BENZOYLE (PEROXIDE DE)

1% & 3% GEL

02382822	CLINDOXYL ADV	GSK

1% & 5% GEL

02248472	BENZACLIN	VAE
02243158	CLINDOXYL	GSK
02464519	TARO-BENZOYL PEROXIDE / CLINDAMYCIN KIT	TAR
02440180	TARO-CLINDAMYCIN/BENZOYL PEROXIDE	TAR

ÉRYTHROMYCINE, BENZOYLE (PEROXIDE DE)

3% & 5% GEL

02225271	BENZAMYCIN	VAE

FUSIDATE DE SODIUM

2% ONGUENT

00586676	FUCIDIN	LEO

MÉTRONIDAZOLE

1% CRÈME

02156091	NORITATE	VAE

0.75% GEL

02092832	METROGEL	GAC
02125226	NIDAGEL	VAE

1% GEL

02297809	METROGEL	GAC

0.75% LOTION

02248206	METROLOTION	GAC

84:04.04 PEAU & MUQUEUSES - ANTIBIOTIQUES

MÉTRONIDAZOLE, NYSTATINE

500MG & 100,000IU SUPPOSITOIRE

01926829	FLAGYSTATIN	SAC

MUPIROCIN CALCIUM

2% CRÈME

02239757	BACTROBAN	GSK

MUPIROCINE

2% ONGUENT

01916947	BACTROBAN	GSK
02279983	TARO-MUPIROCIN	TAR

POLYMYXINE B (SULFATE DE), BACITRACINE (ZINC DE)

10,000IU & 500IU ONGUENT

02304473	ANTIBIOTIC OINT	PMS
00876488	BACIMYXIN ONGUENT	PMS
00621366	BIODERM	ODN
02357569	JAMPOLYCIN	JMP
02237227	POLYSPORIN ANTIBIOTIC	JAJ
01942921	POLYTOPIC	SDZ

POLYMYXINE B (SULFATE DE), BACITRACINE (ZINC DE), GRAMICIDINE

10,000U & 500U & 0.25MG ONGUENT

02237226	POLYSPORIN TRIPLE	JAJ

POLYMYXINE B (SULFATE DE), GRAMICIDINE

0.25MG & 10,000IU CRÈME

02230844	POLYSPORIN ANTIBIOTIC	JAJ

84:04.06 PEAU & MUQUEUSES - ANTIVIRAUX

ACYCLOVIR

5% CRÈME

02039524	ZOVIRAX	VAE

5% ONGUENT

00569771	ZOVIRAX	VAE

84:04.08 PEAU & MUQUEUSES - FONGICIDES

BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE), CLOTRIMAZOLE

0.05% & 1% CRÈME

00611174	LOTRIDERM	FRS

CICLOPIROX OLAMINE

1% CRÈME

02221802	LOPROX	VAE

1% LOTION

02221810	LOPROX	VAE

CLOTRIMAZOLE

1% & 200MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION CONTRÔLÉE)

02264099	CANESTEN COMBI-PAK COMFORTAB 3	BAY

84:04.08 PEAU & MUQUEUSES - FONGICIDES

CLOTRIMAZOLE

1% & 500MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION CONTRÔLÉE)

02264102	CANESTEN COMBI-PAK COMFORTAB 1	BAY

1% CRÈME

02150867	CANESTEN	BAY
02150891	CANESTEN	BAY
00812366	CLOTRIMADERM	TAR
00812382	CLOTRIMADERM	TAR
02229380	CLOTRIMAZOLE	TAR
00874043	NEO-ZOL	PPI
00874051	NEO-ZOL	PPI

2% CRÈME

02150905	CANESTEN	BAY
00812374	CLOTRIMADERM	TAR

KÉTOCONAZOLE

2% CRÈME

02245662	KETODERM	TPT

2% SHAMPOING

02182920	NIZORAL	JAJ

MICONAZOLE (NITRATE DE)

2% CRÈME

02085852	MICATIN	WPC
02231106	MICOZOLE	TAR
02084309	MONISTAT 7	INS
02126567	MONISTAT DERM	INS

2% & 100MG CRÈME/SUPPOSITOIRE VAGINAL

02126257	MONISTAT 7 DUAL-PAK	INS

2% & 400MG CRÈME/SUPPOSITOIRE VAGINAL

02126249	MONISTAT 3 DUAL-PAK	INS

400MG OVULE

02126605	MONISTAT 3	INS

400MG SUPPOSITOIRE

02171775	MICONAZOLE 3 DAY OVULE TREATMENT	VTH

NYSTATINE

25,000IU CRÈME

00716901	NYADERM	TAR

100,000IU CRÈME

00716871	NYADERM	TAR
02194163	RATIO-NYSTATIN	TEV
02194236	RATIO-NYSTATIN	TEV

100,000IU ONGUENT

02194228	RATIO-NYSTATIN	TEV

TERBINAFINE (CHLORHYDRATE DE)

1% CRÈME

02031094	LAMISIL	NVR

TERCONAZOLE

0.4% CRÈME

02247651	TARO-TERCONAZOLE	TAR

84:04.08 PEAU & MUQUEUSES - FONGICIDES

TOLNAFTATE

1% AÉROSOL

00576050	TINACTIN AEROSOL	BAY

1% CRÈME

00576034	TINACTIN	BAY

1% POUDRE

01919245	DRSCHOLL'S ATHLETE'S FOOT SPRAY	BAY
00576042	TINACTIN	BAY

84:04.12 PEAU & MUQUEUSES - PARASITICIDES

CROTAMITON

10% CRÈME

00623377	EURAX	CLC

DIMÉTHICONE

50% SOLUTION

02373785	NYDA	GPB

ISOPROPYL MYRISTATE

50% SOLUTION

02279592	RESULTZ	MDF

PERMÉTHRINE

1% CRÈME

00771368	NIX	INS

5% CRÈME

02219905	NIX DERMAL	GSK

1% LIQUIDE

02231480	KWELLADA-P	MTC

5% LOTION

02231348	KWELLADA-P	MTC

PIPÉRONYLE (BUTOXIDE DE), PYRÉTHRINES

3% & 0.3% SHAMPOING

02125447	R & C SHAMPOO WITH CONDITIONER	MTC

84:04.92 PEAU & MUQUEUSES - AUTRES ANTI-INFECTIEUX

ALCOOL ISOPROPYLIQUE

70% LIQUIDE

00426539	DUONALC	ICN

ARGENT (SULFADIAZINE D')

1% CRÈME

00323098	FLAMAZINE	SNE
09854037	FLAMAZINE (50G)	SMW

MÉTRONIDAZOLE

10% CRÈME

01926861	FLAGYL	SAC

POVIDONE-IODINE

10% SOLUTION

00158348	BETADINE	PFR

84:04.92 PEAU & MUQUEUSES - AUTRES ANTI-INFECTIEUX

SÉLÉNIUM (SULFURE DE)

2.5% LOTION

00594601	VERSEL	VAE

2.5% SHAMPOING

00243000	EXTRA STRENGTH SELSUN	SAC

84:06.00 PEAU & MUQUEUSES - ANTI-INFLAMMATOIRES

AMCINONIDE

0.1% CRÈME

02247098	RATIO-AMCINONIDE	TEV
02246714	TARO-AMCINONIDE	TAR

0.1% LOTION

02247097	RATIO-AMCINONIDE	TEV

0.1% ONGUENT

02247096	RATIO-AMCINONIDE	TEV

BÉCLOMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)

0.025% CRÈME

02089602	PROPADERM	VAE

BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)

0.05% CRÈME

00688622	DIPROLENE	FRS
00323071	DIPROSONE	FRS
02122073	ROLENE	RIV
02122049	ROSONE	RIV
01925350	TARO-SONE	TAR
00849650	TEVA-TOPILENE	TEV
00804991	TEVA-TOPISONE	TEV

0.05% LOTION

00417246	DIPROSONE	FRS
02122065	ROLENE	RIV
02122030	ROSONE	RIV
01927914	TEVA-TOPILENE	TEV
00809187	TEVA-TOPISONE	TEV

0.05% ONGUENT

00629367	DIPROLENE	FRS
00344923	DIPROSONE	FRS
02122081	ROLENE	RIV
02122057	ROSONE	RIV
00849669	TEVA-TOPILENE	TEV
00805009	TEVA-TOPISONE	TEV

BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE), ACIDE SALICYLIQUE

0.05% & 2% LOTION

00578428	DIPROSALIC	FRS
02245688	RATIO-TOPISALIC	TEV

0.05% & 3% ONGUENT

00578436	DIPROSALIC	FRS

PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES

99500003	ACIDE SALICYLIQUE DANS CORTICOSTÉROIDE	UNK
99501001	ACIDE SALICYLIQUE DANS ONG NON-MÉDICINAL	UNK

84:06.00 PEAU & MUQUEUSES - ANTI-INFLAMMATOIRES

BÉTAMÉTHASONE (VALÉRATE DE)

0.05% CRÈME

00716618	BETADERM	TAR
02357860	CELESTODERM V	VAE
00535427	RATIO-ECTOSONE	TEV

0.1% CRÈME

00716626	BETADERM	TAR
02357844	CELESTODERM V	VAE
00535435	RATIO-ECTOSONE	TEV

0.05% LOTION

00653209	RATIO-ECTOSONE	TEV

0.1% LOTION

00716634	BETADERM	TAR
00653217	RATIO-ECTOSONE	TEV
00750050	RATIO-ECTOSONE	TEV
01940112	RIVASONE	RIV
00027944	VALISONE	VAE

0.05% ONGUENT

00716642	BETADERM	TAR
02357879	CELESTODERM V	VAE

0.1% ONGUENT

00716650	BETADERM	TAR
02357852	CELESTODERM V	VAE

BUDÉSONIDE, SODIUM (CHLORURE DE)

0.02MG/ML LAVEMENT

02052431	ENTOCORT	TIL

CALCIPOTRIOL, BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)

0.5MG & 50MCG GEL

02319012	DOVOBET	LEO

0.5MG & 50MCG ONGUENT

02244126	DOVOBET	LEO

CLOBÉTASOL (PROPIONATE DE)

0.05% CRÈME

02213265	DERMOVATE	TPT
02024187	MYLAN-CLOBETASOL	MYL
02093162	NOVO-CLOBETASOL	NOP
02232191	PMS-CLOBETASOL	PMS
02309521	PMS-CLOBETASOL	PMS
02245523	TARO-CLOBETASOL	TAR
01910272	TEVA-CLOBETASOL	TEV

0.05% LOTION

02213281	DERMOVATE	TPT
02216213	MYLAN-CLOBETASOL	MYL
02232195	PMS-CLOBETASOL	PMS
02245522	TARO-CLOBETASOL	TAR
01910299	TEVA-CLOBETASOL	TEV

0.05% ONGUENT

02213273	DERMOVATE	TPT
02026767	MYLAN-CLOBETASOL	MYL
02126192	NOVO-CLOBETASOL	NOP
02309548	PMS-CLOBETASOL	PMS
02245524	TARO-CLOBETASOL	TAR

84:06.00 PEAU & MUQUEUSES - ANTI-INFLAMMATOIRES

CLOBÉTASOL (PROPIONATE DE)

0.05% ONGUENT

01910280	TEVA-CLOBETASOL	TEV

CLOBÉTASONE (BUTYRATE DE)

0.05% CRÈME

02214415	SPECTRO ECZEMACARE	GSK

DÉSONIDE

0.05% CRÈME

02229315	PDP-DESONIDE	PED
02154862	TRIDESILON	PER

0.05% ONGUENT

02229323	PDP-DESONIDE	PED
02154870	TRIDESILON	PER

DÉSOXIMÉTASONE

0.05% CRÈME

02221918	TOPICORT MILD	VAE

0.25% CRÈME

02221896	TOPICORT	VAE

0.05% GEL

02221926	TOPICORT	VAE

0.25% ONGUENT

02221934	TOPICORT	VAE

ESCULIN, FRAMYCÉTINE (SULFATE DE), DIBUCAINE (CHLORHYDRATE DE), HYDROCORTISONE (ACÉTATE D')

1% & 1% & 0.5% & 0.5% ONGUENT

02247322	PROCTOL	ODN
02223252	PROCTOSEDYL	APC
02242527	SANDOZ PROCTOMYXIN HC	SDZ

10MG & 10MG & 5MG & 5MG ONGUENT

02226383	TEVA-PROCTOSONE	TEV

10MG & 10MG & 5MG & 5MG SUPPOSITOIRE

02247882	PROCTOL	ODN
02223260	PROCTOSEDYL	APC
02242528	SANDOZ PROCTOMYXIN HC	SDZ
02226391	TEVA-PROCTOSONE	TEV

FLUOCINONIDE

0.05% CRÈME

02163152	LIDEMOL	VAE
02161923	LIDEX	VAE
00716863	LYDERM	TPT
00598933	TIAMOL	TPT

0.05% GEL

02161974	LIDEX	VAE
02236997	LYDERM	TPT

0.01% LOTION

00873292	DERMA-SMOOTHE	HIL

0.025% ONGUENT

02162512	SYNALAR	VAE

0.05% ONGUENT

02161966	LIDEX	VAE
02236996	LYDERM	TPT

84:06.00 PEAU & MUQUEUSES - ANTI-INFLAMMATOIRES

FLUOCINONIDE

0.01% SOLUTION

02162504	SYNALAR	VAE

HALOBÉTASOL (PROPIONATE D')

0.05% CRÈME

01962701	ULTRAVATE	VAE

0.05% ONGUENT

01962728	ULTRAVATE	VAE

HYDROCORTISONE (ACÉTATE D')

0.5% CRÈME

80021088	CORTATE	BAY
00716820	HYDERM	TAR
02242930	HYDROCORTISONE ACETATE (D')	TAR

1% CRÈME

00192597	EMOCORT	GSK
02412926	EUROHYDROCORTISONE	EUR
00716839	HYDERM	TAR
00564281	HYDROSONE	TEV
80057178	JAMP-HC	JMP
80057189	JAMP-HYDROCORTISONE	JMP
80066164	M-HC	MAN
00804533	PREVEX HC	GSK

0.5% LOTION

80021087	CORTATE	BAY

1% LOTION

80057191	JAMP-HYDROCORTISONE	JMP
80066168	M-HC	MAN
00578541	SARNA HC	GSK

0.5% ONGUENT

80021085	CORTATE	BAY
00716685	CORTODERM	TAR

1% ONGUENT

00716693	CORTODERM	TAR

HYDROCORTISONE (ACÉTATE D'), ZINC (SULFATE DE)

0.5% & 0.5% ONGUENT

02128446	ANODAN-HC	ODN
00505773	ANUSOL HC	CHU
02209764	EGOZINC-HC	PMS
00607789	RATIO-HEMCORT-HC	TEV
02179547	RIVA-HC	RIV
02247691	SANDOZ ANUZINC HC	SDZ

10MG & 10MG SUPPOSITOIRE

02236399	ANODAN-HC	ODN
00476285	ANUSOL HC	CHU
02210517	EGOZINC-HC	PMS
00607797	RATIO-HEMCORT-HC	TEV
02240112	RIVASOL-HC	RIV
02242798	SANDOZ ANUZINC HC	SDZ

84:06.00 PEAU & MUQUEUSES - ANTI-INFLAMMATOIRES

HYDROCORTISONE (ACÉTATE D'), ZINC (SULFATE DE), PRAMIPEXOLE (CHLORHYDRATE DE)

0.5% & 0.5% & 1% ONGUENT

00505781	ANUGESIC HC	MCL
02234466	PROCTODAN-HC	ODN

10MG & 10MG & 20MG SUPPOSITOIRE

00476242	ANUGESIC HC	MCL
02240851	PROCTODAN-HC	ODN
02242797	SANDOZ ANUZINC HC PLUS	SDZ

HYDROCORTISONE (ACÉTATE D'), ZINC SULFATE MONOHYDRATE

0.5% & 0.5% ONGUENT

02387239	JAMP-ZINC-HC	JMP

HYDROCORTISONE (VALÉRATE D')

0.2% CRÈME

02242984	HYDROVAL	TPT

0.2% ONGUENT

02242985	HYDROVAL	TPT

HYDROCORTISONE ACETATE, UREA

1% CRÈME

80073645	M-HC UREA	MAN

1% & 10% CRÈME

00681989	DERMAFLEX HC	PAL

1% LOTION

80073689	M-HC UREA	MAN

1.00% LOTION

00681997	DERMAFLEX HC	PAL

HYDROCORTISONE ACETATE-UREA

1% CRÈME

80061501	JAMP-HYDROCORTISONE UREA	MAN

MOMÉTASONE (FUROATE DE)

0.1% CRÈME

00851744	ELOCOM	FRS
02367157	TARO-MOMETASONE	TAR

0.1% LOTION

00871095	ELOCOM	FRS

0.1% ONGUENT

00851736	ELOCOM	FRS
02244769	PMS-MOMETASONE	PMS
02270862	PMS-MOMETASONE	PMS
02264749	TARO-MOMETASONE	TAR
02266385	TARO-MOMETASONE	TAR
02248130	TEVA-MOMETASONE	TEV

PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES

99500008	MOMETASONE CRÈME	UNK

TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE)

0.1% CRÈME

02194058	ARISTOCORT R	VAE
00716960	TRIADERM	TAR

84:06.00 PEAU & MUQUEUSES - ANTI-INFLAMMATOIRES

TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE)

0.5% CRÈME

02194066	ARISTOCORT C	VAE

0.1% ONGUENT

02194031	ARISTOCORT R	VAE

0.1% PÂTE

01964054	ORACORT DENTAL PASTE	TAR

84:08.00 PEAU & MUQUEUSES - ANTIPRURIGINEUX ET ANESTHÉSIQUES LOCAUX

LIDOCAINE (CHLORHYDRATE DE)

2% SOLUTION

02427745	JAMPOCAINE VISCOUS	JMP

LIDOCAINE, PRILOCAINE (CHLORHYDRATE DE)

2.5% & 2.5% CRÈME

00886858	EMLA	UNK

2.5% & 2.5% TIMBRE CUTANÉ

02057794	EMLA	UNK

84:16.00 PEAU & MUQUEUSES - STIMULANTS CROISSANCE ET PROLIFÉRATION CELLULAIRE

TRÉTINOÏNE

0.01% CRÈME

00897329	RETIN-A	VAE
00657204	STIEVA-A	GSK

0.025% CRÈME

00897310	RETIN-A	VAE
00578576	STIEVA-A	GSK

0.05% CRÈME

00443794	RETIN-A	VAE
00518182	STIEVA-A	GSK

0.1% CRÈME

00870021	RETIN-A	VAE

0.01% GEL

00870013	RETIN-A	VAE
01926462	VITAMIN A ACID	VAE

0.025% GEL

00443816	RETIN-A	VAE
01926470	VITAMIN A ACID	VAE

0.05% GEL

01926489	VITAMIN A ACID	VAE

84:24.12 ONGUENTS DE BASE ET PROTECTEURS

DIMÉTHICONE

20% CRÈME

02060841	BARRIERE	WPC

PETROLATUM BLANC

71.5% ONGUENT

02277778	CRITIC-AID CLEAR	UNK

84:24.12 ONGUENTS DE BASE ET PROTECTEURS

ZINC (OXYDE DE)

15% CRÈME

02215799	ZINC OXIDE	HJS

25% PÂTE

00532576	PATE D'IHLE	TEV
00886327	PÂTE D'IHLE	ATL

ZINC (OXYDE DE), PETROLATUM BLANC

15% & 80.3% CRÈME

02337452	DIAPER RASH	HJS

40% ONGUENT

02239160	ZINCOFAX EXTRA STRENGTH	PAL

84:28.00 KÉRATOLYTIQUES

ACIDE SALICYLIQUE

40% EMPLÂTRE

01967878	DR SCHOLLS CLEAR AWAY PLANTAR WART REMOVER SYSTEM	BAY
01974335	DR SCHOLLS CLEAR AWAY WART REMOVER SYSTEM	BAY

170MG/ML GEL

00614246	COMPOUND W	UNK

20% LIQUIDE

00690333	SOLUVER	DPT

26% LIQUIDE

00754951	OCCLUSAL HP	VAE

27% LIQUIDE

00837733	SOLUVER PLUS	DPT

4% SHAMPOING

00666106	SEBCUR	DPT

BENZOYLE (PEROXIDE DE)

5% GEL

02162113	BENZAGEL	CLC

5% LIQUIDE

02162121	BENZAGEL	CLC

4% LOTION

02413353	SPECTRO ACNECARE WASH	GSK

5% LOTION

02166607	BENZAGEL 5	CLC

CANTHARIDINE, PODOPHYLLINE, ACIDE SALICYLIQUE

1% & 2% & 30% LIQUIDE

00772011	CANTHARONE PLUS	DOR

84:32.00 KÉRATOPLASTIQUES

GOUDRON DE HOUILLE

10% GEL

00344508	TARGEL	ODN

20% LIQUIDE

00358495	ODAN LIQUOR CARBONIS DETERGENT	ODN

0.5% SHAMPOING

02240645	NEUTROGENA	JAJ

84:32.00 KÉRATOPLASTIQUES

GOUDRON DE HOUILLE

1% SHAMPOING

02307146	T/ THERAPEUTIC SHAMPOO EXTRA STRENGTH	JAJ

GOUDRON DE HOUILLE, ACIDE SALICYLIQUE

10% & 3% LIQUIDE

00510335	TARGEL SA	ODN

10% & 4% SHAMPOING

00666114	SEBCUR-T	DPT

84:92.00 DIVERS PEAU ET MUQUEUSES

ACITRÉTINE

Médicament couvert (autorisation préalable non nécessaire).

Le Soriatane étant tératogène, les femmes fertiles ne doivent pas le recevoir tant que la possibilité de grossesse n'est pas exclue. Des mesures contraceptives efficaces doivent aussi être prises. La documentation du fabricant concernant les contre-indications et les mises en garde doit être consultée avant de prescrire ou de fournir ce médicament.

ST 10MG CAPSULE

02070847	SORIATANE	ACG
02466074	TARO-ACITRETIN	TAR

ST 25MG CAPSULE

02070863	SORIATANE	ACG

ADAPALÈNE

0.1% CRÈME

02231592	DIFFERIN	GAC

0.1% GEL

02148749	DIFFERIN	GAC

AZELAIC ACID

15% GEL

02270811	FINACEA	BAY

CALCIPOTRIOL

50MCG/G ONGUENT

01976133	DOVONEX	LEO

CAPSAÏCINE

0.025% CRÈME

02157101	CAPSAICIN	VAE
02244952	ZODERM	EUR
00740306	ZOSTRIX	VAE

0.075% CRÈME

02157128	CAPSAISIN	VAE
02004240	ZOSTRIX HP	VAE

COLLAGÉNASE

250U ONGUENT

02063670	SANTYL	SNE

FLUOROURACIL

5% CRÈME

00330582	EFUDEX	VAE

84:92.00 DIVERS PEAU ET MUQUEUSES

IMIQUIMOD

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des condylomes acuminés (verrues génitales) de patients chez qui les traitements suivants ont échoué:
• podophyllotoxine appliquée par le patient (solution de podofilox à 0,5%); OU
• résine de podophyllum appliquée par le fournisseur de soins (10%-25%).

5% CRÈME

02239505	ALDARA P	VAE
02407825	APO-IMIQUIMOD	APX

ISOTRÉTINOÏNE

Médicament couvert (autorisation préalable non nécessaire).

L'Accutane étant tératogène, les femmes fertiles ne doivent pas le recevoir tant que la possibilité de grossesse n'est pas exclue. Des mesures contraceptives efficaces doivent aussi être prises. La documentation du fabricant concernant les contre-indications et les mises en garde doit être consultée avant de prescrire ou de fournir ce médicament.

[ST] 10MG CAPSULE

00582344	ACCUTANE ROCHE	HLR
02257955	CLARUS	MYL

[ST] 40MG CAPSULE

00582352	ACCUTANE ROCHE	HLR
02257963	CLARUS	MYL

PIMÉCROLIMUS

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Chez les patients qui n'ont pas répondu à une corticothérapie topique ou qui ont présenté des effets indésirables liés à ce traitement.

Remarque: Contre indiqué chez les enfants âgés de moins de deux ans.

1% CRÈME

02247238	ELIDEL	VAE

PODOFILOX

0.5% SOLUTION

01945149	CONDYLINE	SAC

PODOPHYLLINE

25% LIQUIDE

00598208	PODOFILM	PAL

84:92.00 DIVERS PEAU ET MUQUEUSES

SECUKINUMAB

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

• Pour la psoriasis modéré à grave en accord avec les critères établis.
• La polyarthrite psoriasique en accord avec les critères établis.
• La spondylarthrite ankylosante en accord avec les critères établis.

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

150MG SOLUTION

02438070	COSENTYX	NVR

TACROLIMUS (PROTOPIC)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Chez les patients qui n'ont pas répondu à une corticothérapie topique ou qui ont présenté des effets indésirables liés à ce traitement.

Remarque: Contre indiqué chez les enfants âgés de moins de deux ans.

0.03% ONGUENT

02244149	PROTOPIC	LEO

0.1% ONGUENT

02244148	PROTOPIC	LEO

TAZAROTÈNE

0.05% CRÈME

02243894	TAZORAC	ALL

0.1% CRÈME

02243895	TAZORAC	ALL

0.05% GEL

02230784	TAZORAC	ALL

0.1% GEL

02230785	TAZORAC	ALL

86:00 SPASMOLYTIQUES

86:12.00 SPASMOLYTIQUES GÉNITO-URINAIRES

TOLTERODINE TARTRATE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le soulagement symptomatique de la vessie hyperactive chez les patients:
• qui présentent des symptômes de pollakiurie, de miction impérieuse ou d'incontinence par impériosité; ET
• qui ne répondent pas ou qui sont intolérants à un traitement par de l'oxybutynine à libération immédiate OU solifenacin OU toltérodine ER.

[ST] **1MG COMPRIMÉ**

02423308	MINT-TOLTERODINE	MIN

[ST] **2MG COMPRIMÉ**

02423316	MINT-TOLTERODINE	MIN

86:12.04 ANTIMUSCARINIQUES

DARIFÉNACINE (BROMHYDRATE DE).

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le soulagement symptomatique de la vessie hyperactive chez les patients:
• qui présentent des symptômes de pollakiurie, de miction impérieuse ou d'incontinence par impériosité; ET
• qui ne répondent pas ou qui sont intolérants à un traitement par de l'oxybutynine à libération immédiate OU solifénacin OU toltérodine ER.

7.5MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02273217	ENABLEX	MRL

15MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02273225	ENABLEX	MRL

FÉSOTÉRODINE (FUMARATE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le soulagement symptomatique de la vessie hyperactive chez les patients:
• qui présentent des symptômes de pollakiurie, de miction impérieuse ou d'incontinence par impériosité; ET
• qui ne répondent pas ou qui sont intolérants à un traitement par de l'oxybutynine à libération immédiate OU solifenacin OU toltérodine ER.

[ST] **4MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)**

02380021	TOVIAZ	PFI

[ST] **8MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)**

02380048	TOVIAZ	PFI

FLAVOXATE (CHLORHYDRATE DE)

[ST] **200MG COMPRIMÉ**

00728179	URISPAS	PAL

OXYBUTYNINE (CHLORURE D')

[ST] **2.5MG COMPRIMÉ**

02240549	PMS-OXYBUTYNIN	PMS

[ST] **5MG COMPRIMÉ**

02163543	APO-OXYBUTYNIN	APX
02241285	DOM-OXYBUTYNIN	DPC
02350238	OXYBUTYNIN	SAN

86:12.04 ANTIMUSCARINIQUES

OXYBUTYNINE (CHLORURE D')

[ST] **5MG COMPRIMÉ**

02240550	PMS-OXYBUTYNIN	PMS
02299364	RIVA-OXYBUTYNIN	RIV
02230394	TEVA-OXYBUTYNIN	TEV

5MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02243960	DITROPAN XL	JSO

10MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02243961	DITROPAN XL	JSO

[ST] **1MG/ML SIROP**

02231089	APO-OXYBUTYNIN	APX
02223376	PMS-OXYBUTYNIN	PMS

PROPIVERINE HYDROCHLORIDE

5MG COMPRIMÉ

02460289	MICTORYL PEDIATRIC	DUI

SOLIFÉNACINE (SUCCINATE DE)

[ST] **5MG COMPRIMÉ**

02422239	ACT SOLIFENACIN	ACG
02446375	AURO-SOLIFENACIN	AUR
02424339	JAMP-SOLIFENACIN	JMP
02428911	MED-SOLIFENACIN	GMP
02443171	MINT-SOLIFENACIN	MIN
02417723	PMS-SOLIFENACIN	PMS
02437988	RAN-SOLIFENACIN	RBY
02399032	SANDOZ SOLIFENACIN	SDZ
02458144	SOLIFENACIN	PDL
02458241	SOLIFENACIN	SAN
02397900	TEVA-SOLIFENACIN	TEV
02277263	VESICARE	AST

[ST] **10MG COMPRIMÉ**

02422247	ACT SOLIFENACIN	ACG
02446383	AURO-SOLIFENACIN	AUR
02424347	JAMP-SOLIFENACIN	JMP
02428938	MED-SOLIFENACIN	GMP
02443198	MINT-SOLIFENACIN	MIN
02417731	PMS-SOLIFENACIN	PMS
02437996	RAN-SOLIFENACIN	RBY
02399040	SANDOZ SOLIFENACIN	SDZ
02458152	SOLIFENACIN	PDL
02458268	SOLIFENACIN	SAN
02397919	TEVA-SOLIFENACIN	TEV
02277271	VESICARE	AST

TOLTERODINE TARTRATE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le soulagement symptomatique de la vessie hyperactive chez les patients:
• qui présentent des symptômes de pollakiurie, de miction impérieuse ou d'incontinence par impériosité; ET
• qui ne répondent pas ou qui sont intolérants à un traitement par de l'oxybutynine à libération immédiate OU solifenacin OU toltérodine ER.

[ST] **2MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)**

02244612	DETROL LA	PFI
02404184	MYLAN-TOLTERODINE ER	MYL

86:12.04 ANTIMUSCARINIQUES

TOLTERODINE TARTRATE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le soulagement symptomatique de la vessie hyperactive chez les patients:
• qui présentent des symptômes de pollakiurie, de miction impérieuse ou d'incontinence par impériosité; ET
• qui ne répondent pas ou qui sont intolérants à un traitement par de l'oxybutynine à libération immédiate OU solifenacin OU toltérodine ER.

ST 2MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02413140	SANDOZ TOLTERODINE LA	SDZ
02412195	TEVA-TOLTERODINE LA	TEV

ST 4MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02244613	DETROL LA	PFI
02404192	MYLAN-TOLTERODINE ER	MYL
02413159	SANDOZ TOLTERODINE LA	SDZ
02412209	TEVA-TOLTERODINE LA	TEV

ST 1MG COMPRIMÉ

02369680	APO-TOLTERODINE	APX
02239064	DETROL	PFI
02299593	TEVA-TOLTERODINE	TEV

ST 2MG COMPRIMÉ

02369699	APO-TOLTERODINE	APX
02239065	DETROL	PFI
02299607	TEVA-TOLTERODINE	TEV

TROSPIUM CHLORIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le soulagement symptomatique de la vessie hyperactive chez les patients:
• qui présentent des symptômes de pollakiurie, de miction impérieuse ou d'incontinence par impériosité; ET
• qui ne répondent pas ou qui sont intolérants à un traitement par de l'oxybutynine à libération immédiate OU solifénacin OU toltérodine ER.

ST 20MG COMPRIMÉ

02275066	TROSEC	SPC

86:12.08 AGONISTES BÊTA ADRÉNERGIQUES

MIRABEGRON

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le soulagement symptomatique de la vessie hyperactive chez les patients:
• qui présentent des symptômes de pollakiurie, de miction impérieuse ou d'incontinence par impériosité; ET
• qui ne répondent pas ou qui sont intolérants à un traitement par de l'oxybutynine à libération immédiate OU solifénacine OU toltérodine ER.

ST 25MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02402874	MYRBETRIQ	AST

ST 50MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02402882	MYRBETRIQ	AST

86:16.00 SPASMOLYTIQUES RESPIRATOIRES

OXTRIPHYLLINE

ST 100MG COMPRIMÉ

00441724	APO OXTRIPHYLLINE	APX

ST 200MG COMPRIMÉ

00441732	APO OXTRIPHYLLINE	APX

ST 300MG COMPRIMÉ

00511692	APO OXTRIPHYLLINE	APX

ST 20MG/ML ÉLIXIR

00476366	CHOLEDYL	ERF

THÉOPHYLLINE

ST 100MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

00692689	APO-THEO-LA	APX
02230085	TEVA-THEOPHYLLINE	TEV

ST 200MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

00692697	APO-THEO-LA	APX
02230086	TEVA-THEOPHYLLINE	TEV

ST 300MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

00692700	APO-THEO-LA	APX
02230087	TEVA-THEOPHYLLINE	TEV

ST 400MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02360101	THEO ER	AAP
02014165	UNIPHYL	PFR

ST 600MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02360128	THEO ER	AAP
02014181	UNIPHYL	PFR

ST 5.33MG/ML ÉLIXIR

00466409	PULMOPHYLLINE	RIV
01966219	THEOLAIR	VAE
00627410	THEOPHYLLINE	ATL

88:00 VITAMINES

88:04.00 VITAMINE A

VITAMINE A

ST 10,000IU CAPSULE

80054130	JAMP-VITAMIN A	JMP
00557447	VITAMINE A	VTH
00297720	VITAMINE A 10000UI	JAM

88:08.00 VITAMINE B

ACIDE FOLIQUE

ST 1MG COMPRIMÉ

80000273	ACIDE FOLIQUE	WNP
00647039	ACIDE FOLIQUE	VTH
02048841	ACIDE FOLIQUE	PMT
02236747	ACIDE FOLIQUE WAMPOLE	WAM
00318973	FOLIQUE ACIDE	JAM
80053274	JAMP FOLIC ACID	JMP

ST 5MG COMPRIMÉ

00426849	APO FOLIC ACID	APX
02366061	JAMP-ACIDE FOLIQUE	JMP
02285673	SANDOZ FOLIC ACID	SDZ

ST 1000MCG COMPRIMÉ

02239882	FOLIC ACID	UNK

ACIDE NICOTINIQUE

ST 500MG CAPLET

00309737	NIACIN	JAM

ST 50MG COMPRIMÉ

00041084	NICACIN	ADA

ST 500MG COMPRIMÉ

02247004	NIACIN	PMT
00557412	NIACINE	VTH
01939130	NIACINE	ODN

CYANOCOBALAMINE

ST 250MCG COMPRIMÉ

80015294	JAMP-VITAMINE B12	JMP
80055743	M-B12	MAN
00335940	VITAMINE B12	JAM
02239695	VITAMINE B12	PMT
80004053	VITAMINE B12	WNP

ST 1000MCG COMPRIMÉ

80015276	JAMP-VITAMINE B12	JMP
80028902	JAMP-VITAMINE B12	JMP
80055741	M-B12	MAN
80012952	VITAMIN B12 SUBLINGUAL	JAM
02237736	VITAMINE B12	VAE
80003575	VITAMINE B12	PMT
80006939	VITAMINE B12	WNP

100MCG/ML LIQUIDE

00497533	VITAMINE B12	HOS
02241500	VITAMINE B12	SDZ

ST 200MCG/ML LIQUIDE

80039903	BEDUZIL	ORM
80026092	JAMP-VITAMINE B12	JMP

1,000MCG/ML LIQUIDE

01987003	CYANOCOBALAMINE	RAX

88:08.00 VITAMINE B

CYANOCOBALAMINE

1,000MCG/ML LIQUIDE

02052717	CYANOCOBALAMINE	TAR
02413795	CYANOCOBALAMINE	MYL
02420147	JAMP-CYANOCOBALAMIN	JMP
00038830	VITAMINE B12	HOS
00521515	VITAMINE B12	SDZ
00626112	VITAMINE B12	OMG

PYRIDOXINE (CHLORHYDRATE DE)

ST 25MG COMPRIMÉ

80056458	M-B6	MAN
00122645	VITAMINE B6	JAM
00232475	VITAMINE B6	ADA
01943200	VITAMINE B6	ODN
80002890	VITAMINE B6	JMP

ST 50MG COMPRIMÉ

00305227	VITAMINE B6	JAM
00608599	VITAMINE B6	ADA

ST 100MG COMPRIMÉ

00263958	VITAMINE B6	VAE
00329185	VITAMINE B6	JAM
00450677	VITAMINE B6	VTH
02239348	VITAMINE B6	PMT

THIAMINE (CHLORHYDRATE DE)

ST 50MG COMPRIMÉ

02245506	EURO VITAMIN B1	EUR
80009633	JAMP-VITAMINE B1	JMP
80054199	M-B1	MAN
00268631	VITAMINE B1	VAE

ST 100MG COMPRIMÉ

80009588	JAMP-VITAMINE B1	JMP
80054205	M-B1	MAN
00232467	VITAMINE B1	PED
00407011	VITAMINE B1	JAM
02239350	VITAMINE B1	PMT
80000352	VITAMINE B1	WNP

100MG/ML LIQUIDE

02241983	BETAXIN	HOS
02193221	THIAMIJECT	OMG
02243525	THIAMINE	RAX

100MG/ML SOLUTION

00816078	VITAMIN B1	SDZ

88:12.00 VITAMINE C

ACIDE ASCORBIQUE

ST 500MG CAPLET

02163268	VITAMINE C	JAM

ST 250MG COMPRIMÉ

00162515	VITAMINE C	PMT
00221244	VITAMINE C	ADA
00266051	VITAMINE C	PMT
00557811	VITAMINE C	VTH

ST 500MG COMPRIMÉ

00266086	ACIDE ASCORBIQUE	PMT
00036188	VITAMINE C	WAM

88:12.00 VITAMINE C

ACIDE ASCORBIQUE

ST 500MG COMPRIMÉ

00041114	VITAMINE C	ADA
00274240	VITAMINE C	WAM
00322326	VITAMINE C	ADA
00322997	VITAMINE C	LAL
00557838	VITAMINE C	VTH
00784591	VITAMINE C	VTH
01922378	VITAMINE C	VAE
02243893	VITAMINE C	PMT
02244469	VITAMINE C	PMT
02245348	VITAMINE C	WNP
02245721	VITAMINE C	PMT

VITAMINE C

ST 500MG COMPRIMÉ

80003328	VITAMINE C	WNP

88:16.00 VITAMINE D

ALFACALCIDOL

ST 0.25MCG CAPSULE

00474517	ONE ALPHA	LEO

ST 1MCG CAPSULE

00474525	ONE ALPHA	LEO

ST 2MCG/ML GOUTTES

02240329	ONE-ALPHA	LEO

CALCITRIOL

ST 0.25MCG CAPSULE

02431637	CALCITRIOL-ODAN	ODN
00481823	ROCALTROL	HLR

ST 0.5MCG CAPSULE

02431645	CALCITRIOL-ODAN	ODN
00481815	ROCALTROL	HLR

CHOLÉCALCIFÉROL

ST 400IU CAPSULE

80006629	DGEL	JMP
02242651	EURO D	EUR
80005560	RIVA-D	RIV

ST 800IU CAPSULE

80007769	D-GEL	JMP

1,000IU CAPSULE

80027592	DGEL	OPU
80009635	VITAMINE D3	WAM

ST 10,000IU CAPSULE

02253178	EURO D	SDZ

ST 50,000IU CAPSULE

02301911	OSTO-D2	PAL

ST 400IU COMPRIMÉ

00765384	VITAMINE D	LAL
02238729	VITAMINE D	VTH
02240624	VITAMINE D	WAM
02240858	VITAMINE D	PMT

ST 1,000IU COMPRIMÉ

02245842	VITAMINE D3	PMT

88:16.00 VITAMINE D

CHOLÉCALCIFÉROL

ST 10,000IU COMPRIMÉ

00821772	D-TABS	RIV
02417995	VITAMINE D	PDL

ST 400IU LIQUIDE

80001869	BABY DDROPS	DDP
80001792	DDROPS	DDP

ST 400IU/ML LIQUIDE

00762881	D VI INFANTS	MJO
80003038	JAMP-VITAMINE D	JMP
02231624	PEDIAVIT D	EUR

ST 1,000IU LIQUIDE

80001791	DDROPS	DDP

ERGOCALCIFÉROL

ST 50,000IU CAPSULE

02237450	D-FORTE	SDZ

ST 8,288IU/ML SOLUTION

80020776	D2-DOL	JMP
80003615	ERDOL	ODN

VITAMINE D

ST 10MCG CAPSULE

80063895	VIT D 400	UNK

ST 25MCG CAPSULE

80063899	VIT D 1000	UNK

ST 200U CAPSULE

02442256	VITAMINE D3	ORM

ST 400IU CAPSULE

80055196	M-D	MAN
80001145	PHARMA-D	PED
80008590	VITAMINE D	BMI

ST 800IU CAPSULE

80003010	EURO D	EUR
80008446	VITAMINE D	BMI

ST 1,000IU CAPSULE

80007766	D-GEL	JMP
80003707	EURO-D	EUR
80055204	M-D	MAN
80008496	PHARMA-D	PMS
80043412	VITAMINE D	BMI

ST 10,000IU CAPSULE

02449099	JAMP-VITAMINE D	JMP
02371499	PHARMA-D	PMS

ST 25MCG COMPRIMÉ

80031157	VITAMINE D3	WNP

ST 400IU COMPRIMÉ

80002452	VITAMINE D	WNP
80009578	VITAMINE D	VAE

ST 1,000IU COMPRIMÉ

80051562	RIVA-D	RIV
80000131	VITAMIN D	VTH
80000436	VITAMINE D	JAM
80002169	VITAMINE D	PMS
80003663	VITAMINE D	WNP
80009580	VITAMINE D	VAE
80015278	VITAMINE D WAMPOLE	WAM

88:16.00 VITAMINE D

VITAMINE D

ST 10,000IU COMPRIMÉ

02379007	JAMP-VITAMINE D	JMP
02417685	VIDEXTRA	ORM

ST 400IU LIQUIDE

80019649	D3-DOL	JMP
80038155	DECAXIL	ORM
80041145	DECAXIL	ORM

ST 800IU LIQUIDE

80003285	PEDIAVIT D	EUR

ST 1,000IU LIQUIDE

80007346	VITAMINE D	JMP
80028362	VITAMINE D	JMP
80028371	VITAMINE D ENFANT	JMP

88:20.00 VITAMINE E

VITAMINE E

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour utilisation en raison de malabsorption.

ST 100IU GÉLULE

00122823	VITAMINE E	JAM

ST 200IU GÉLULE

00122831	VITAMINE E	JAM

ST 400IU GÉLULE

00122858	VITAMINE E	JAM

ST 800IU GÉLULE

00330191	VITAMINE E NATURELLE	JAM

ST 50IU LIQUIDE ORALE

00480215	AQUASOL E	NVC

ST 50IU/ML LIQUIDE ORALE

02162075	AQUASOL VITAMINE E	CLC

88:24.00 VITAMINE K

PHYTONADIONE

2MG/ML ÉMULSION

00781878	VITAMINE K1	SDZ

10MG/ML ÉMULSION

00804312	VITAMINE K1	SDZ

88:28.00 MULTIVITAMINES

CALCIUM, VITAMIN D

ST 10µG CAPLET

80008566	PROCALD 400	PDL

MULTIVITAMINES PÉDIATRIQUES

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Les multivitaminés pédiatriques ne sont fournies qu'aux enfants de 11 ans et moins.

ST COMPRIMÉ (CROQUABLE)

80020794	CENTRUM FORMULE JUNIOR	PFI
80011134	CENTRUM FORMULE JUNIOR COMPLÈTE	PFI
02247975	VITAMINES LES PIERRAFEU AVEC EXTRA C	BAY

88:28.00 MULTIVITAMINES

MULTIVITAMINES PÉDIATRIQUES

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Les multivitaminés pédiatriques ne sont fournies qu'aux enfants de 11 ans et moins.

ST COMPRIMÉ (CROQUABLE)

02247995	VITAMINES LES PIERRAFEU PLUS FER	BAY

ST GOUTTES

00762946	ENFAMIL POLYVISOL	MJO

ST 450MG & 10MG & 30MG LIQUIDE

80008471	JAMP-VITAMINES A-D-C	JMP

ST 2,500IU & 666.67IU & 50MG/ML LIQUIDE

00762903	ENFAMIL TRIVISOL	MJO
02229790	PEDIAVIT	EUR

MULTIVITAMINES PRÉNATALES

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Les multivitaminés prénatales ou postnatales ne sont fournies qu'aux femmes âgées de 12 à 50 ans en âge d'avoir des enfants.

ST CAPSULE

80042704	CENTRUM PRENATAL ADH	PFI

ST COMPRIMÉ

80045822	CENTRUM PRENATAL	PFI
02229535	MULTIVITAMINES PRÉ & POST NATALES PLUS ACIDE FOLIQUE WAMPOLE	WAM
80001842	NESTLÉ MATERNA	NES
80005770	PRENATAL AND POSTPARTUM VITAMINS AND MINERALS	PMT
02241235	VITAMINES ET MINÉREAUX PRE & POST PARTUM	VTH

92:00 AUTRES MÉDICAMENTS

92:00.00 AUTRES MÉDICAMENTS

EXTEMPORANEOUS MIXTURE (GENDER AFFIRMING)

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour une thérapie en vue de l'affirmation du genre.

INJECTION

00915312	THERAPIE L'AFFIRMATION DU GENRE	UNK

LIQUIDE

00915311	THERAPIE L'AFFIRMATION DU GENRE TOPIQUE	UNK

GOSÉRÉLINE (ACÉTATE DE)

10.8MG/DEPOT IMPLANT

02225905	ZOLADEX LA	UNK

OCTREOTIDE (ACÉTATE DE)

10MG/VIAL POUDRE

02239323	SANDOSTATIN LAR	NVR

20MG/VIAL POUDRE

02239324	SANDOSTATIN LAR	NVR

30MG/VIAL POUDRE

02239325	SANDOSTATIN LAR	NVR

50MCG/ML SOLUTION

02413191	OCPHYL	PED
02248639	OCTREOTIDE ACETATE OMEGA	OMG
00839191	SANDOSTATIN	NVR

100MCG/ML SOLUTION

02413205	OCPHYL	PED
02248640	OCTREOTIDE ACETATE OMEGA	OMG
00839205	SANDOSTATIN	NVR

200MCG/ML SOLUTION

02248642	OCTREOTIDE ACETATE OMEGA	OMG
02049392	SANDOSTATINE	NVR

500MCG SOLUTION

02299453	OCTREOTIDE	TEV

500MCG/ML SOLUTION

02413213	OCPHYL	PED
02248641	OCTREOTIDE ACETATE OMEGA	OMG
00839213	SANDOSTATIN	NVR

PENTOSAN SODIQUE (POLYSULFATE DE)

100MG CAPSULE

02029448	ELMIRON	JSO

PRÉPARATIONS MAGISTRALES

CAPSULE

99505003	PHENAZOPYRIDINE COMPOUNDED	UNK

CRÈME

99500004	COMPOSÉS DIVERS CRÈME TOPIQUE	UNK
99500000	HYDROCORTISONE POUDRE ET CLOTRIMADERM CRÈME	UNK
99500010	LCD DANS CRÈME CORTICOSTÉROIDE	UNK

92:00.00 AUTRES MÉDICAMENTS

PRÉPARATIONS MAGISTRALES

CRÈME

99500009	LCD DANS CRÈME NON-MÉDICINAL	UNK
99500002	MENTHOL&/OU CAMPHRE DANS CRÈME DE CORTICOSTÉROIDE	UNK
99500006	SOUFRE DANS NON-MÉDICAMENTEUX	UNK
99500001	STÉROIDE ET ANTIFONGIQUE	UNK

DIVERS

00915000	PRÉPARATION MAGISTRALE STÉRILE	UNK

LIQUIDE ORALE

99503028	ANTIACIDE ET LIDOCAINE EN LIQUIDE ORALE	UNK
99503025	COMPOSÉS DIVERS DE LIQUIDE INTERNE	UNK
99503029	MAGIC MOUTHWASH GARGARISME	UNK

LOTION

99502002	COMPOSÉS DIVERS DE LOTION EXTERNE	UNK
99502001	MENTHOL&CAMPHRE DANS LOTION DE CORTICOSTÉROIDE	UNK

ONGUENT

99501003	ANTAGONISTES DU CALCIUM DANS ONGUENT	UNK
99501004	COMPOSES DIVERS D'ONGUENT TOPIQUE	UNK
99501008	DILTIAZEM DANS ONGUENT	UNK
99501000	LCD DANS ONGENT CORTICOSTÉROIDE	UNK
99501005	LCD DANS ONGENT NON-MÉDICINAL	UNK
99501006	ONGUENT TOUT USAGE POUR TTÉINES	UNK
99501002	SOUFRE DANS ONGENT NON-MÉDICAMENTEUX	UNK

POUDRE

99505004	BACKORDER POUDRE INTERNE	UNK
99505000	COMPOSÉS DIVERS DE POUDRE INTERNE	UNK

SOLUTION OPHTALMIQUE

99507002	GOUTTES OPHTHALMIQUE ANTIBIOTIQUE	UNK
99507001	GOUTTES OPHTHALMIQUE ANTIFONGIQUE	UNK
99507003	GOUTTES OPHTHALMIQUE ANTIVIRAUX	UNK

PRÉPARATIONS MAGISTRALES (LU)

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

DIVERS

99504001	AUTRE D'USAGE RESTREINT MELANGE EXTERNE	UNK

INJECTION

99506021	COMPOSES DIVERS/INFUSION	UNK

LIQUIDE CRALE

99503033	AUTRE D'USAGE RESTREINT MELANGE INTERNE	UNK

92:00.00 AUTRES MÉDICAMENTS

PRÉPARATIONS MAGISTRALES (LU)

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

LIQUIDE ORALE

99503032	OPIOIDE LIQUIDE ORALE	UNK

POUDRE

99504000	COMPOSÉS DIVERS POUDRE EXTERNE	UNK

SOLUTION OPHTALMIQUE ET OTIQUE

99507000	COMPOSÉS DIVERS GTTE YEUX/OREILLES	UNK

SUPPOSITOIRE

99508000	COMPOSES DIVERS SUPPOSITOIRES	UNK

USTEKINUMAB

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

• Pour la psoriasis modéré à grave en accord avec les critères établis.

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

45MG/0.5ML SOLUTION

02320673	STELARA	JSO

90MG/ML SOLUTION

02320681	STELARA	JSO

92:00.02

DRESSING

99401078	SN IV3000 1-HAND TRANS PANS	SMW

92:01.00 PRODUITS DE SANTÉ NATURELS

ACIDE FOLIQUE

1MG COMPRIMÉ

80061488	M-FOLIQUE	MAN

92:01.40

CALCIUM

500MG COMPRIMÉ

80076097	CALCIUM	UNK

92:01.88 VITAMINE B

VITAMINE D

15MCG LIQUIDE

80013189	DDROPS BOOSTER	DDP

92:05.00 SERUMS

EXTRAIT DE PROTÉINES DE VENIN D'APIS MELLIFERA

1.1MG POUDRE POUR SOLUTION

01948903	VENIN D'ABEILLE PHARMALGEN	ALK

120MCG POUDRE POUR SOLUTION

01948911	VENIN D'ABEILLE PHARMALGEN	ALK

92:05.00 SERUMS

EXTRAIT DE PROTÉINES DE VENIN DE DOLICHOVESPULA ARÉNARIA

120MCG POUDRE POUR SOLUTION

01948946	VENIN FRELON JAUNE PHARMALGEN	ALK

EXTRAIT DE PROTÉINES DE VENIN DE DOLICHOVESPULA MACULATA

120MCG POUDRE POUR SOLUTION

01949004	FRELON A TETE BLANCHE PHARMALGEN	ALK

EXTRAIT DE PROTÉINES DE VENIN DE L'ESPÈCE DES VESPIDÉS

1.1MG POUDRE POUR SOLUTION

01948954	VENIN GUEPE JAUNE PHARMALGEN	ALK

120MCG POUDRE POUR SOLUTION

01948962	VENIN GUEPE JAUNE PHARMALGEN	ALK

EXTRAIT DE PROTÉINES DE VENIN DE L'ESPÈCE POLISTES

1.1MG POUDRE POUR SOLUTION

01948970	VENIN GUEPE (VENIN) PROTEINE PHARMALGEN	ALK

EXTRAIT PROTÉINIQUE DE VENIN D'ABEILLE MELLIFÈRE

120MCG POUDRE POUR SOLUTION

02226197	VENIN D'ABEILLE VENOMIL	JUB

550MCG POUDRE POUR SOLUTION

02220075	VENIN D'ABEILLE HYMENOPTERA	JUB

POLLEN

4,300U/ML LIQUIDE

00464988	POLLINEX R	BEN

100,000U LIQUIDE

00299987	EXTRAIT D'ALLERGENES POLLENS	ALK

POLLEN ET SANS POLLEN

20,000U LIQUIDE

00648922	CENTER-AL	ALK

PROTÉINES DE VENIN DE FRELON À TÊTE BLANCHE

120MCG POUDRE POUR SOLUTION

02226235	VENIN FRELON À TÊTE BLANCHE VENOMIL	JUB

PROTÉINES DE VENIN DE FRELON À TÊTE BLANCHE, PROTÉINES DE VENIN DE GUÊPE JAUNE, PROTÉINES DE VENIN DE GUÊPE JAUNE

120MCG POUDRE POUR SOLUTION

01948881	VENIN VESPIDES COMBINES PHARMALGEN	ALK
02226294	VVENIN ESPIDES COMBINES VENOMIL	JUB

92:05.00 SERUMS

PROTÉINES DE VENIN DE FRELON À TÊTE BLANCHE, PROTÉINES DE VENIN DE GUÊPE JAUNE, PROTÉINES DE VENIN DE GUÊPE JAUNE

550MCG POUDRE POUR SOLUTION

02221314	VENIN VESPIDES COMBINES HYMENOPTERA	JUB

PROTÉINES DE VENIN DE GUÊPE

120MCG POUDRE POUR SOLUTION

02226219	VENIN VENOMIL GUEPE VENOMIL	JUB

550MCG POUDRE POUR SOLUTION

02220091	VENIN GUEPE (VENIN) HYMENOPTERA	JUB

PROTÉINES DE VENIN DE GUÊPE JAUNE

120MCG POUDRE POUR SOLUTION

02226286	VENIN FRELON JAUNE VENOMIL	JUB

120MCG/ML POUDRE POUR SOLUTION

02226251	VENIN FRELON JAUNE VENOMIL	JUB

550MCG POUDRE POUR SOLUTION

02220083	VENIN FRELON JAUNE HYMENOPTERA	JUB
02220113	VENIN GUEPE JAUNE HYMENOPTERA	JUB

SANS POLLEN

100,000U LIQUIDE

00299979	EXTRAIT D'ALLERGENES NON POLLENS	ALK
00514713	EXTRAITS D'ALLERGÈNES	MSL

VENIN (PROTEINES DE)

3,300MCG POUDRE POUR SOLUTION

01948873	VENIN VESPIDES COMBINES PHARMALGEN	ALK

92:08.00 INHIBITEURS 5 ALPHA-RÉDUCTASE

DUTASTÉRIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'hyperplasie prostatique bénigne chez les patients qui ne tolèrent pas ou n'ont pas répondu à un alpha-bloquant.
OU
En utilisation combinée quand une monothérapie avec un alpha-bloquant est jugée insuffisante.

[ST] **0.5MG CAPSULE**

02412691	ACT DUTASTERIDE	TEV
02404206	APO-DUTASTERIDE	APX
02247813	AVODART	GSK
02421712	DUTASTERIDE	PDL
02429012	DUTASTERIDE	SIV
02443058	DUTASTERIDE	SAN
02416298	MED-DUTASTERIDE	GMP
02428873	MINT-DUTASTERIDE	MIN
02393220	PMS-DUTASTERIDE	PMS
02427753	RIVA-DUTASTERIDE	RIV

92:08.00 INHIBITEURS 5 ALPHA-RÉDUCTASE

DUTASTÉRIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'hyperplasie prostatique bénigne chez les patients qui ne tolèrent pas ou n'ont pas répondu à un alpha-bloquant.
OU
En utilisation combinée quand une monothérapie avec un alpha-bloquant est jugée insuffisante.

[ST] **0.5MG CAPSULE**

02424444	SANDOZ DUTASTERIDE	SDZ
02408287	TEVA-DUTASTERIDE	TEV

FINASTÉRIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'hyperplasie prostatique bénigne chez les patients qui ne tolèrent pas ou n'ont pas répondu à un alpha-bloquant.
OU
En utilisation combinée quand une monothérapie avec un alpha-bloquant est jugée insuffisante.

[ST] **5MG COMPRIMÉ**

02355043	ACH-FINASTERIDE	ACC
02354462	ACT FINASTERIDE	ACG
02365383	APO-FINASTERIDE	APX
02405814	AURO-FINASTERIDE	AUR
02376709	DOM-FINASTERIDE	DPC
02350270	FINASTERIDE	PDL
02445077	FINASTERIDE	SAN
02447541	FINASTERIDE	SIV
02357224	JAMP-FINASTERIDE	JMP
02389878	MINT-FINASTERIDE	MIN
02310112	PMS-FINASTERIDE	PMS
02010909	PROSCAR	FRS
02371820	RAN-FINASTERIDE	RBY
02306905	RATIO-FINASTERIDE	TEV
02455013	RIVA-FINASTERIDE	RIV
02322579	SANDOZ FINASTERIDE	SDZ
02348500	TEVA-FINASTERIDE	TEV
02428741	VAN-FINASTERIDE	VAN

92:12.00 ANTIDOTES

LEUCOVORINE CALCIQUE

5MG COMPRIMÉ

02170493	LEDERLE LEUCOVORIN	PFI

92:16.00 ANTIGOUTTEUX

ALLOPURINOL

[ST] **100MG COMPRIMÉ**

00555681	ALLOPURINOL	PDL
02402769	APO-ALLOPURINOL	APX
02421593	JAMP-ALLOPURINOL	JMP
02396327	MAR-ALLOPURINOL	MAR
00402818	ZYLOPRIM	AAP

[ST] **200MG COMPRIMÉ**

02130157	ALLOPURINOL	PDL

92:16.00 ANTIGOUTTEUX

ALLOPURINOL

[ST] 200MG COMPRIMÉ

02402777	APO-ALLOPURINOL	APX
02421607	JAMP-ALLOPURINOL	JMP
02396335	MAR-ALLOPURINOL	MAR
00479799	ZYLOPRIM	AAP

[ST] 300MG COMPRIMÉ

00294322	ALLOPURINOL	APX
00555703	ALLOPURINOL	PDL
02402785	APO-ALLOPURINOL	APX
02421615	JAMP-ALLOPURINOL	JMP
02396343	MAR-ALLOPURINOL	MAR
00402796	ZYLOPRIM	AAP

[ST] PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES

99503018	ALLOPURINOL LIQUIDE ORALE	UNK

COLCHICINE

[ST] 0.6MG COMPRIMÉ

00572349	COLCHICINE	ODN
02373823	JAMP-COLCHICINE	JMP
02402181	PMS-COLCHICINE	PMS
00287873	SANDOZ COLCHICINE	SDZ

FÉBUXOSTAT

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les patients atteints de goutte symptomatique qui présentent une hypersensibilité documentée à l'allopurinol.

[ST] 80MG COMPRIMÉ

02357380	ULORIC	TAK

92:24.00 INHIBITEUR RÉSORPTION OSSEUSE

ALENDRONATE SODIQUE

[ST] 5MG COMPRIMÉ

02381478	ACH-ALENDRONATE	ACC
02248727	APO-ALENDRONATE	APX
02384698	RAN-ALENDRONATE	RBY
02248251	TEVA-ALENDRONATE	TEV
02428717	VAN-ALENDRONATE	VAN

[ST] 10MG COMPRIMÉ

02381486	ACH-ALENDRONATE	ACC
02248728	APO-ALENDRONATE	APX
02388545	AURO-ALENDRONATE	AUR
02394863	MINT-ALENDRONATE	MIN
02384701	RAN-ALENDRONATE	RBY
02288087	SANDOZ ALENDRONATE	SDZ
02247373	TEVA-ALENDRONATE	TEV
02428725	VAN-ALENDRONATE	VAN

[ST] 40MG COMPRIMÉ

02258102	ACT ALENDRONATE	ACG

[ST] 70MG COMPRIMÉ

02381494	ACH-ALENDRONATE	ACC
02258110	ACT ALENDRONATE	ACG
02299712	ALENDRONATE	SIV
02352966	ALENDRONATE	SAN
02303078	ALENDRONATE-70	PDL

92:24.00 INHIBITEUR RÉSORPTION OSSEUSE

ALENDRONATE SODIQUE

[ST] 70MG COMPRIMÉ

02248730	APO-ALENDRONATE	APX
02388553	AURO-ALENDRONATE	AUR
02282763	DOM-ALENDRONATE	DPC
02245329	FOSAMAX	FRS
02385031	JAMP-ALENDRONATE	JMP
02394871	MINT-ALENDRONATE	MIN
02286335	MYLAN-ALENDRONATE	MYL
02273179	PMS-ALENDRONATE	PMS
02284006	PMS-ALENDRONATE	PMS
02384728	RAN-ALENDRONATE	RBY
02270889	RIVA-ALENDRONATE	RIV
02288109	SANDOZ ALENDRONATE	SDZ
02261715	TEVA-ALENDRONATE	TEV
02428733	VAN-ALENDRONATE	VAN

ALENDRONATE SODIQUE, CHOLÉCALCIFÉROL

[ST] 70MG & 2,800U COMPRIMÉ

02454467	APO-ALENDRONATE/VITAMIN D3	APX
02276429	FOSAVANCE	FRS
02403633	TEVA-ALENDRONATE/CHOLECALCIFEROL	TEV

[ST] 70MG & 5,600U COMPRIMÉ

02454475	APO-ALENDRONATE/VITAMIN D3	APX
02314940	FOSAVANCE	FRS
02429160	SANDOZ ALENDRONATE/CHOLECALCIFEROL	SDZ
02403641	TEVA-ALENDRONATE/CHOLECALCIFEROL	TEV

DENOSUMAB (PROLIA)

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les femmes ménopausées atteintes d'ostéoporose qui lesquelles les bisphosphonates sont contrindiqués en raison d'une hypersensibilité ou d'anomalies de l'œsophage (p. ex. rétrécissement de l'œsophage ou cardiospasme);

ET qui répondent à au moins deux des critères suivants:
- plus de 70 ans
- antécédent de fracture de fragilité
- densité minérale osseuse (DMO): score T ≤ -2,5

La dose maximale approuvée est de 60 mg par période de 6 mois.

60MG/ML SOLUTION

02343541	PROLIA	AMG

92:24.00 INHIBITEUR RÉSORPTION OSSEUSE

DENOSUMAB (XGEVA)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

En préventions de complications osseuses, chez les patients qui sont atteints d'un cancer de la prostate résistant à la castration:
• accompagné d'au moins une métastase osseuse confirmée; ET
• l'état général est bon selon l'échelle de performance ECOG et s'exprime par un score de zéro, un ou deux.

120MG/1.7ML SOLUTION

02368153	XGEVA	AMG

ÉTIDRONATE DISODIQUE

ST 200MG COMPRIMÉ

02248686	ACT ETIDRONATE	ACG

ÉTIDRONATE DISODIQUE, CALCIUM (CARBONATE DE)

ST 400MG & 500MG COMPRIMÉ

02263866	ACT ETIDROCAL	ACG
02324199	NOVO-ETIDRONATECAL	TEV

PAMIDRONATE DISODIQUE

6MG SOLUTION

02249677	PAMIDRONATE	OMG

9MG SOLUTION

02246599	PAMIDRONATE	FKD
02249685	PAMIDRONATE DISODIUM OMEGA	OMG

30MG SOLUTION

02264951	PAMIDRONATE	SDZ
02244550	PAMIDRONATE DISODIUM	PFI

60MG SOLUTION

02264978	PAMIDRONATE	SDZ
02244551	PAMIDRONATE DISODIUM	PFI

90MG SOLUTION

02264986	PAMIDRONATE	SDZ
02244552	PAMIDRONATE DISODIUM	PFI
02245999	PMS-PAMIDRONATE	PMS

RISÉDRONATE SODIQUE

ST 5MG COMPRIMÉ

02242518	ACTONEL	WAC
02298376	TEVA-RISEDRONATE	TEV

ST 30MG COMPRIMÉ

02239146	ACTONEL	ALL
02298384	TEVA-RISEDRONATE	TEV

ST 35MG COMPRIMÉ

02246896	ACTONEL	ALL
02353687	APO-RISEDRONATE	APX
02406306	AURO-RISEDRONATE	AUR
02309831	DOM-RISEDRONATE	DPC
02368552	JAMP-RISEDRONATE	JMP
02302209	PMS-RISEDRONATE	PMS
02347474	RISEDRONATE	PDL
02352141	RISEDRONATE	SIV
02370255	RISEDRONATE	SAN

92:24.00 INHIBITEUR RÉSORPTION OSSEUSE

RISÉDRONATE SODIQUE

ST 35MG COMPRIMÉ

02411407	RISEDRONATE-35	SIV
02341077	RIVA-RISEDRONATE	RIV
02327295	SANDOZ RISEDRONATE	SDZ
02298392	TEVA-RISEDRONATE	TEV

ST 150MG COMPRIMÉ

02316838	ACTONEL	ALL
02377721	APO-RISEDRONATE	APX
02424177	PMS-RISEDRONATE	PMS
02413809	TEVA-RISEDRONATE	TEV

ZOLÉDRONIQUE (ACIDE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la maladie de Paget. La couverture sera accordée pour une dose pour une période de 12 mois;
OU
Traitement de l'ostéoporose postménopausique chez les femmes admissibles au remboursement des bisphosphonates oraux, mais chez qui les bisphosphonates sont contre indiqués en raison d'anomalies de l'œsophage (sténose ou achalasie) ou d'une hypersensibilité;
ET qui satisfont à au moins deux des critères suivants:
• âge >70 ans
• antécédents de fracture de fragilisation
• score T de densité minérale osseuse (DMO) ≤ 2,5.

5MG/100ML SOLUTION

02269198	ACLASTA	NVR
02415100	TARO-ZOLEDRONIC ACID	TAR
02408082	ZOLEDRONIC ACID	TEV
02422433	ZOLEDRONIC ACID	REC

92:36.00 ANTIRHUMATISMAUX MODIFICATEURS DE LA MALADIE

ABATACEPT

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de:
• Polyarthrite rhumatoïde en accord avec les critères établis.
• Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire (pJIA) en accord avec les critères établis.

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

250MG POUDRE POUR SOLUTION

02282097	ORENCIA	BMS

125MG SOLUTION

02402475	ORENCIA	BMS

92:36.00 ANTIRHUMATISMAUX MODIFICATEURS DE LA MALADIE

ADALIMUMAB

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de:
• La polyarthrite rhumatoïde en accord avec les critères établis.
• La polyarthrite psoriasique en accord avec les critères établis.
• La spondylarthrite ankylosante en accord avec les critères établis.
• Le psoriasis en accord avec les critères établis.
• La maladie de Crohn en accord avec les critères établis.
• Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire (pJIA) en accord avec les critères établis.
• La colite ulcérative en accord avec les critères établis.
• La hidradénite suppurée en accord avec les critères établis

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

40MG/VIAL SOLUTION

02258595	HUMIRA	ABV

CERTOLIZUMAB PEGOL

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de:
•la polyarthrite rhumatoïde en accord avec les critères établis.
• Arthrite psoriasique en accord avec les critères établis.
• Spondylite ankylosante en accord avec les critères établis.

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

200MG SOLUTION

02465574	CIMZIA	UCB

200MG/ML SOLUTION

02331675	CIMZIA	UCB

ÉTANERCEPT

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de:
• La polyarthrite rhumatoïde en accord avec les critères établis.
• La polyarthrite psoriasique en accord avec les critères établis.
• La spondylarthrite ankylosante en accord avec les critères établis.
• Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire (pJIA) en accord avec les critères établis.

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

25MG/VIAL INJECTION

02242903	ENBREL	PED

50MG/ML INJECTION

02274728	ENBREL	PED
99100373	ENBREL SURECLICK SERINGUE	AMG

92:36.00 ANTIRHUMATISMAUX MODIFICATEURS DE LA MALADIE

ÉTANERCEPT (BRENZYS)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de:
• La polyarthrite rhumatoïde en accord avec les critères établis.
• La spondylarthrite ankylosante en accord avec les critères établis.

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

50MG SOLUTION

02455323	BRENZYS	UNK
02455331	BRENZYS	UNK

ETANERCEPT (ERELZI)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de:
• La polyarthrite rhumatoïde en accord avec les critères établis.
• La spondylarthrite ankylosante en accord avec les critères établis.
• Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire (pJIA) en accord avec les critères établis.

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

25MG SOLUTION

02462877	ERELZI	SDZ

50MG SOLUTION

02462850	ERELZI	SDZ
02462869	ERELZI	SDZ

GOLIMUMAB

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de:
• La polyarthrite rhumatoïde en accord avec les critères établis.
• La polyarthrite psoriasique en accord avec les critères établis.
• La spondylarthrite ankylosante en accord avec les critères établis.
• La colite ulcérative en accord avec les critères établis.

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

50MG/0.5ML SOLUTION

02324776	SIMPONI	JSO
02324784	SIMPONI	JSO

100MG/ML SOLUTION

02413175	SIMPONI	JSO
02413183	SIMPONI	JSO

92:36.00 ANTIRHUMATISMAUX MODIFICATEURS DE LA MALADIE

INFLIXIMAB (INFLECTRA)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de:
• La polyarthrite rhumatoïde en accord avec les critères établis.
• La polyarthrite psoriasique en accord avec les critères établis.
• La spondylarthrite ankylosante en accord avec les critères établis.
• La psoriasis modéré à grave en accord avec les critères établis.
• La maladie de Crohn en accord avec les critères établis.
• La maladie de Crohn fistulisante en accord avec les critères établis.
• La colite ulcérative en accord avec les critères établis.

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

100MG POUDRE POUR SOLUTION

02419475	INFLECTRA	HOS

INFLIXIMAB (REMICADE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de:
• La polyarthrite rhumatoïde en accord avec les critères établis.
• La maladie de Crohn en accord avec les critères établis.
• La maladie de Crohn fistulisante en accord avec les critères établis.

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

100MG/VIAL POUDRE POUR SOLUTION

02244016	REMICADE	JSO

LÉFLUNOMIDE

ST **10MG COMPRIMÉ**

02256495	APO-LEFLUNOMIDE	APX
02241888	ARAVA	SAC
02351668	LEFLUNOMIDE	SAN
02415828	LEFLUNOMIDE	PDL
02288265	PMS-LEFLUNOMIDE	PMS
02283964	SANDOZ LEFLUNOMIDE	SDZ
02261251	TEVA-LEFLUNOMIDE	TEV

ST **20MG COMPRIMÉ**

02256509	APO-LEFLUNOMIDE	APX
02241889	ARAVA	SAC
02351676	LEFLUNOMIDE	SAN
02415836	LEFLUNOMIDE	PDL
02288273	PMS-LEFLUNOMIDE	PMS
02283972	SANDOZ LEFLUNOMIDE	SDZ
02261278	TEVA-LEFLUNOMIDE	TEV

92:36.00 ANTIRHUMATISMAUX MODIFICATEURS DE LA MALADIE

TOCILIZUMAB (IV)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de:
• Polyarthrite rhumatoïde en accord avec les critères établis.
• Arthrite juvénile idiopathique systémique (AJIS) en accord avec les critères établis.
• Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire (pJIA) en accord avec les critères établis.

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

80MG/4ML SOLUTION

02350092	ACTEMRA	HLR

200MG/10ML SOLUTION

02350106	ACTEMRA	HLR

400MG/20ML SOLUTION

02350114	ACTEMRA	HLR

TOCILIZUMAB (SC)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de:
• La polyarthrite rhumatoïde en accord avec les critères établis.

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

162MG SOLUTION

02424770	ACTEMRA	HLR

TOFACITINIB (CITRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de:
• La polyarthrite rhumatoïde en accord avec les critères établis.

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

5MG COMPRIMÉ

02423898	XELJANZ	PFI

92:44.00 IMMUNODEPRESSEURS

AZATHIOPRINE

ST **50MG COMPRIMÉ**

02242907	APO-AZATHIOPRINE	APX
02243371	AZATHIOPRINE-50	PDL
00004596	IMURAN	ASP
02236819	TEVA-AZATHIOPRINE	TEV

ST **PDIN POUR PRÉPARATIONS MAGISTRALES**

99503019	AZATHIOPRINE LIQUIDE ORALE	UNK

CYCLOSPORINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des greffés.

ST **10MG CAPSULE**

02237671	NEORAL	NVR

92:44.00 IMMUNODEPRESSEURS

CYCLOSPORINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des greffés.

ST	**25MG CAPSULE**	
02150689	NEORAL	NVR
02247073	SANDOZ CYCLOSPORINE	SDZ
ST	**50MG CAPSULE**	
02150662	NEORAL	NVR
02247074	SANDOZ CYCLOSPORINE	SDZ
ST	**100MG CAPSULE**	
02150670	NEORAL	NVR
02242821	SANDOZ CYCLOSPORINE	SDZ
ST	**100MG/ML SOLUTION**	
02244324	APO-CYCLOSPORINE	APX
02150697	NEORAL	NVR

MEPOLIZUMAB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour la couverture initiale de 12 mois:
Pour le traitement d'appoint de l'asthme éosinophilique sévère chez les adultes qui sont mal contrôlés par des corticostéroïdes inhalés à forte dose plus un ou plusieurs autres contrôleurs de l'asthme (p. Ex. Un bêta-agoniste à action prolongée);
ET
• Avoir un taux d'éosinophiles sanguins ≥0.15x109/L avant l'initiation du mépolizumab; OU
• Avoir un taux d'éosinophiles sanguins ≥0.3x109/L au cours des 12 derniers mois (une copie du rapport de laboratoire est requise)
ET
• Avoir eu au moins deux exacerbations d'asthme cliniquement significatives au cours des 12 derniers mois; ET
• Réversibilité démontrée sur la spirométrie (une augmentation de VEMS d'au moins 12% et d'au moins 200 ml) (copie du rapport de spirométrie requise);
OU
• Avoir reçu un traitement d'entretien avec des corticostéroïdes systémiques pendant au moins 3 mois.

Pour une couverture de renouvellement de 12 mois:
Pour le traitement d'appoint de l'asthme éosinophilique sévère chez les patients adultes qui ont présenté une diminution des exacerbations cliniquement significatives avec le traitement par le mépolizumab, comme le démontrent:
• Une réduction du nombre de corticostéroïdes systémiques utilisés à court terme requis pour les exacerbations aiguës;
OU
• Une réduction des visites au service des urgences ou des hospitalisations en raison de l'exacerbation de l'asthme;
OU
• Une réduction de la dose quotidienne de corticostéroïdes oraux d'au moins 25%.

	100MG POUDRE POUR SOLUTION	
02449781	NUCALA	GSK

92:44.00 IMMUNODEPRESSEURS

MOFÉTIL MYCOPHÉNOLATE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des greffés.

ST	**250MG CAPSULE**	
02383780	ACH-MYCOPHENOLATE	ACC
02352559	APO-MYCOPHENOLATE	APX
02192748	CELLCEPT	HLR
02386399	JAMP-MYCOPHENOLATE	JMP
02457369	MYCOPHENOLATE MOFETIL	SAN
02371154	MYLAN-MYCOPHENOLATE	MYL
02320630	SANDOZ MYCOPHENOLATE	SDZ
02364883	TEVA-MYCOPHENOLATE	TEV
02433680	VAN-MYCOPHENOLATE	VAN
ST	**500MG COMPRIMÉ**	
02352567	APO-MYCOPHENOLATE	APX
02237484	CELLCEPT	HLR
02380382	JAMP-MYCOPHENOLATE	JMP
02378574	MYCOPHENOLATE	ACC
02457377	MYCOPHENOLATE MOFETIL	SAN
02370549	MYLAN-MYCOPHENOLATE	MYL
02313855	SANDOZ MYCOPHENOLATE	SDZ
02348675	TEVA-MYCOPHENOLATE	TEV
02432625	VAN-MYCOPHENOLATE	VAN

MYCOPHÉNOLATE SODIQUE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des greffés.

ST	**180MG COMPRIMÉ (ENTÉROSOLUBLE)**	
02372738	APO-MYCOPHENOLIC ACID	APX
02264560	MYFORTIC	NVR
ST	**360MG COMPRIMÉ (ENTÉROSOLUBLE)**	
02372746	APO-MYCOPHENOLIC ACID	APX
02264579	MYFORTIC	NVR

SIROLIMUS

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de deuxième intention chez les patients qui n'ont pas obtenu un résultat adéquat avec le mofétilmycophénolate.

ST	**1MG COMPRIMÉ**	
02247111	RAPAMUNE	PFI
ST	**1MG/ML SOLUTION**	
02243237	RAPAMUNE	PFI

TACROLIMUS MONOHYDRATE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des greffés.

ST	**0.5MG CAPSULE**	
02243144	PROGRAF	AST
02416816	SANDOZ TACROLIMUS	SDZ
ST	**1MG CAPSULE**	
02175991	PROGRAF	AST

92:44.00 IMMUNODEPRESSEURS

TACROLIMUS MONOHYDRATE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des greffés.

1MG CAPSULE		
02416824	SANDOZ TACROLIMUS	SDZ
5MG CAPSULE		
02175983	PROGRAF	AST
5MG CAPSULE (LIBÉRATION IMMÉDIATE)		
02416832	SANDOZ TACROLIMUS	SDZ
0.5MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)		
02296462	ADVAGRAF	AST
1MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)		
02296470	ADVAGRAF	AST
3MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)		
02331667	ADVAGRAF	AST
5MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)		
02296489	ADVAGRAF	AST
5MG/ML SOLUTION		
02176009	PROGRAF	AST

VÉDOLIZUMAB

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de:
- La maladie de Crohn en accord avec les critères établis.
- La colite ulcérative en accord avec les critères établis.

(S'il-vous-plaît vous référer à l'annexe A).

300MG POUDRE POUR SOLUTION		
02436841	ENTYVIO	TAK

92:92.00 AUTRES AGENTS TÉRAPEUTIQUES

CYPROTÉRONE (ACÉTATE DE)

50MG COMPRIMÉ		
00704431	ANDROCUR	BAY
02245898	CYPROTERONE	AAP
02390760	MED-CYPROTERONE	GMP
02395797	RIVA-CYPROTERONE	RIV

CYPROTÉRONE (ACÉTATE DE), ÉTHINYLESTRADIOL

2MG & 35MCG COMPRIMÉ		
02290308	CYESTRA-35	PAL
02233542	DIANE-35	BAY
02425017	RAN-CYPROTERONE/ETHINYL ESTRADIOL	RBY
02309556	TEVA-CYPROTERONE / ETHINYL ESTRADIOL	TEV

92:92.00 AUTRES AGENTS TÉRAPEUTIQUES

INCOBOTULINUMTOXIN A

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement du:
- Strabisme et du blépharospasme associés à la dystonie, notamment le blépharospasme essential bénin ou les troubles du nerf facial VII chez les patients de 12 ans et plus; OU
- De la dystonie cervicale (torticolis spasmodique).

50UNIT/VIAL POUDRE POUR SOLUTION		
02371081	XEOMIN	MEZ
100U/VIAL POUDRE POUR SOLUTION		
02324032	XEOMIN	MEZ

LANRÉOTIDE (ACÉTATE DE)

60MG/0.3ML SOLUTION (LIBÉRATION PROLONGEÉ)		
02283395	SOMATULINE AUTOGEL	IPS
90MG/0.3ML SOLUTION (LIBÉRATION PROLONGEÉ)		
02283409	SOMATULINE AUTOGEL	IPS
120MG/0.5ML SOLUTION (LIBÉRATION PROLONGEÉ)		
02283417	SOMATULINE AUTOGEL	IPS

ONABOTULINUMTOXIN A

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement:
- du strabisme et le blépharospasme associés à la dystonie, y compris le blépharospasme essentiel bénin ou les troubles du nerf VII chez les patients âgés de 12 ans et plus; OU
- de la dystonie cervicale (torticolis spasmodique); OU
- de l'incontinence urinaire causée par l'hyperactivité neurogène du détrusor attribuable à une vessie neurogène associée à la sclérose en plaques ou à une lésion du rachis cervical inférieur.

50IU INJECTION		
09857386	BOTOX FIOLE (ON)	ALL
200IU INJECTION		
09857387	BOTOX FIOLE (ON)	ALL
100IU POUDRE POUR SOLUTION		
01981501	BOTOX	ALL

94:00 APPAREILS

94:00.00 APPAREILS

APPAREIL D'ESPACEMENT

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Couverture accordée pour un 2 appareil d'espacement tous les 12 mois.

DISPOSITIF

96899962	AEROCHAMBRE AC BOYZ	TRU
96899963	AEROCHAMBRE AC GIRLZ	TRU
96899969	AEROCHAMBRE PLUS FLOW-VU GRAND	TRU
96899970	AEROCHAMBRE PLUS FLOW-VU GRAND	TRU
96899968	AEROCHAMBRE PLUS FLOW-VU MOUTH	TRU
96899971	AEROCHAMBRE PLUS FLOW-VU PETIT	TRU
96899977	AEROTRACH PLUS	UNK
96899956	COMPACT SPACE PLUS MASQUE GRAND	MIN
96899955	COMPACT SPACE PLUS MASQUE MOYEN	MIN
96899954	COMPACT SPACE PLUS MASQUE PETIT	MIN
96899953	COMPACT SPACE PLUS SANS MASQUE	MIN
99400507	E-Z SPACER	WEP
99400511	E-Z SPACER (MASQUE SEULEMENT)	WEP
99400508	E-Z SPACER AVEC MASQUE PETIT	WEP
96899961	OPTICHAMBER DIAMOND (CHAMBRE)	AUC
96899958	OPTICHAMBER DIAMOND MASQUE GRAND	AUC
96899959	OPTICHAMBER DIAMOND MASQUE MOYEN	AUC
96899960	OPTICHAMBER DIAMOND MASQUE PETIT	AUC
99400501	OPTICHAMBRE	AUC
99400504	OPTICHAMBRE MASQUE GRAND	AUC
99400503	OPTICHAMBRE MASQUE MOYEN	AUC
99400502	OPTICHAMBRE MASQUE PETIT	AUC
99400505	OPTIHALER	AUC
99400790	POCKET CHAMBER MASQUE MOYEN	MCA
99400791	POCKET CHAMBER-MASQUE ADULTE	MCA
99400788	POCKET CHAMBER-MASQUE BÉBÉ	MCA
99400789	POCKET CHAMBER-MASQUE PETIT	MCA
99400787	POCKET CHAMBRE	MCA
96899974	RESPICHAMBER SILICONE MASQ MOYENNE	TRU
96899973	RESPICHAMBER SILICONE MASQ PETITE	TRU
96899972	RESPICHAMBER VHC EMBOUT BUCCAL	TRU

94:01.00 APPAREILS (DIABÉTIQUES)

AIGUILLE STYLO

AIGUILLES

00909114	AIGUILLE STYLO U-FINE III	BTD
09991447	BD BLUNT 18GX 1 1/2 FILTRE	BDT
97799433	BD DUO SECURITE AIGUILLE STYLO	BDT
09991387	BD PRECISIONGLIDE 25GX1 AIGUILLE	BTD
00897590	NOVOLIN AIGUILLE STYLO	NOO
97799280	SURECOMFORT 29GX1/2 AIGUILLE	UNK
97799269	SURECOMFORT 30GX5/16 AIGUILLE	UNK
97799279	SURECOMFORT 31GX3/16 AIGUILLE	UNK
97799268	SURECOMFORT 31GX5/16 AIGUILLE	UNK
97799278	SURECOMFORT 32GX1/4 AIGUILLE	UNK
97799267	SURECOMFORT 32GX5/32 AIGUILLE	UNK

29GX10MM AIGUILLES

97799238	DROPLET 10MM 29G SERINGUE ET AIGUILLE	SFA

29GX12.7MM AIGUILLES

97799561	SUPER-FINE STAND 29G AIGUILLE	PMS

29GX12MM AIGUILLES

97799235	DROPLET 12MM 29G SERINGUE ET AIGUILLE	SFA
97799566	INSUPEN AIGUILLE 29GX12MM	DPI
97799543	STYLO ULTICARE 29GX12MM AIGUILLE	UMI
97799991	UNIFINE 29G 12MM AIGUILLE	AUC

29GX8MM AIGUILLES

97799526	BD AUTOSHIELD 29GX8MM AIGUILLE	BTD

30GX6MM AIGUILLES

97799911	NOVOFINE 30GX6MM AIGUILLE	NVC

30GX8MM AIGUILLES

97799567	INSUPEN AIGUILLE 30GX8MM	DPI
97799910	NOVOFINE 30GX8MM AIGUILLE	NVC

31GX4.5MM AIGUILLES

97799404	CLICKFINE 31G 4.5MM STYLO AIGUILLE	AUC

31GX5MM AIGUILLES

97799282	BD ULTRAFINE 31G 5MM AIGUILLE	BTD
97799239	DROPLET 5MM 31G SERINGUE ET AIGUILLE	SFA
97799563	SUPER-FINE MICRO 31G AIGUILLE	PMS
97799426	UNIFINE PENTIPS 31GX5MM	AUC

31GX6MM AIGUILLES

97799364	AIGSTYLO INSULINE 31GX6MM	MDT
97799405	CLICKFINE 31G 6MM STYLO AIGUILLE	AUC
97799237	DROPLET 6MM 31G SERINGUE ET AIGUILLE	SFA
97799569	INSUPEN AIGUILLE 31GX6MM	DPI
97799545	STYLO ULTICARE 31GX6MM AIGUILLE STYLO	UMI
97799993	UNIFINE 31G 6MM AIGUILLE	AUC

94:01.00 APPAREILS (DIABÉTIQUES)

AIGUILLE STYLO

31GX8MM AIGUILLES

97799366	AIGSTYLO INSULINE 31GX8MM	MDT
97799281	BD ULTRAFINE 31G 8MM AIGUILLE	BTD
97799406	CLICKFINE 31G 8MM STYLO AIGUILLE	AUC
97799236	DROPLET 8MM 31G SERINGUE ET AIGUILLE	SFA
97799568	INSUPEN AIGUILLE 31GX8MM	DPI
97799441	LIFE BRAND 31G 8MM AIGUILLE STYLO	HOD
97799562	SUPER-FINE XTRA 31GX8 AIGUILLE	PMS
97799544	ULTICARE 31GX8MM AIGUILLE STYLO	UMI
00963976	ULTRAFINE III 31G 8MM AIGUILLE	BTD
97799992	UNIFINE 31G 8MM AIGUILLE	AUC

32GX4MM AIGUILLES

97799367	AIGSTYLO INSULINE 32GX4MM	MDT
97799527	AIGUILLE STYLO BD U-FINE NANO	BTD
97799243	DROPLET 4MM 32G SERINGUE ET AIGUILLE	SFA
97799399	INSUPEN AIGUILLE 32GX4MM	DPI
97799334	MONTKIDDY BLEU 32GX4MM AIGUILLE	MDT
97799336	MONTKIDDY JAUNE 32GX4 AIGUILLE	MDT
97799335	MONTKIDDY ROSE 32GX4MM AIGUILLE	MDT
97799337	MONTKIDDY VERT 32GX4 AIGUILLE	MDT
97799386	NOVOFINE PLUS 4MM AIGUILLE	NOO
97799440	ULTICARE 32GX4MM AIGUILLE STYLO	DPI

32GX5MM AIGUILLES

97799242	DROPLET 5MM 32G SERINGUE ET AIGUILLE	SFA

32GX6MM AIGUILLES

97799363	AIGSTYLO INSULINE 32GX6MM	MDT
97799241	DROPLET 6MM 32G SERINGUE ET AIGUILLE	SFA
97799571	INSUPEN AIGUILLE 32GX6MM	DPI

32GX8MM AIGUILLES

97799365	AIGSTYLO INSULINE 32GX8MM	MDT
97799240	DROPLET 8MM 32G SERINGUE ET AIGUILLE	SFA
97799570	INSUPEN AIGUILLE 32GX8MM	DPI

33GX4MM AIGUILLES

97799383	INSUPEN AIGUILLE 33GX4MM	DPI

21G AIGUILLES

09991504	AIGUILLE BD BUTTERFLY 21G	BTD

29G AIGUILLES

97799897	STYLO BD ULTRA-FINE 29G AIGUILLE	BTD

30G AIGUILLES

97799467	STYLO NOVOTWIST 30G AIGUILLE	NOO

32G AIGUILLES

97799821	NOVOFINE 32G AIGUILLE STYLO	NOO
97799468	STYLO NOVOTWIST 30G AIGUILLE	NOO

94:01.00 APPAREILS (DIABÉTIQUES)

ALCOOL ISOPROPYLIQUE

70% COMPRESSE

00480452	TAMPONS D'ALCOOL	PDI
00977187	TAMPONS D'ALCOOL 6893 BUTTERFLY	BTD
00977195	TAMPONS D'ALCOOL 6896 (150)	BTD
02247809	TAMPONS D'ALCOOL 70%	TIP
00795232	TAMPONS D'ALCOOL 70% WEBCOL	COV
00809357	TAMPONS D'ALCOOL BD	BTD
97799880	TAMPONS D'ALCOOL BD	BTD
99038349	TAMPONS D'ALCOOL BD REGULIER	BTD
99438102	TAMPONS D'ALCOOL MONOJECT	SHM

CONTENANTS POUR OBJETS ACÉRÉS

DISPOSITIF

99401026	BC CONTENANTS-OBJETS ACERES	BTD
99401027	BD CONTENANTS-OBJETS ACERES	BTD
99401033	SHARPS NESTABLE YLW LRG 22.7L	UNK

ÉTUI À SERINGUES

DISPOSITIF

99400552	MYHEALTH CASE- 7 UNIQUE SERINGUE	AUC
99400551	MYHEALTH CASE-UNIQUE SERINGUE	AUC

FOURNITURES POMPE À INSULINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

• Les fournitures de pompes à insuline sont approuvées pour les clients du Programme des SSNA qui ont reçu une autorisation pour une pompe à insuline par le Programme des SSNA; OU
• Les fournitures de pompes à insuline sont approuvées pour les clients du Programme des SSNA qui ont un diagnostic de diabète de type 1 et dont la couverture d'une pompe à insuline a déjà été assumée en partie ou totalement par une autre assurance.

DISPOSITIF

97799674	CARTOUCHE POUR IR200	UNK
97799342	INSET 30 , ENS.DE PERFUSION 43"	UNK
09991458	IV3000	SMW
99401038	PILE-POMPE A INSULINE	AUC

COMFORT ANGLED DISPOSITIF

97799682	COMFORT INCLINE 17MM ENSEMBLE DE PERFUSION	UNK
97799683	COMFORT INCLINE 17MM ENSEMBLE DE PERFUSION	UNK

COMFORT SHORT ANGLED DISPOSITIF

97799678	COMFORT SRT INCLINE ENSEMBLE DE PERFUSION	UNK
97799679	COMFORT SRT INCLINE ENSEMBLE DE PERFUSION	UNK

CONTACT DETACH DISPOSITIF

97799610	CONTACT DETACH 90 DEGRE ENSEMBLE DE PERFUSION	UNK

94:01.00 APPAREILS (DIABÉTIQUES)

FOURNITURES POMPE À INSULINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

• Les fournitures de pompes à insuline sont approuvées pour les clients du Programme des SSNA qui ont reçu une autorisation pour une pompe à insuline par le Programme des SSNA; OU
• Les fournitures de pompes à insuline sont approuvées pour les clients du Programme des SSNA qui ont un diagnostic de diabète de type 1 et dont la couverture d'une pompe à insuline a déjà été assumée en partie ou totalement par une autre assurance.

CONTACT DETACH DISPOSITIF		
97799672	CONTACT DETACH 90 DEGRE ENSEMBLE DE PERFUSION	UNK
INSET II DISPOSITIF		
97799685	INSET II 90 DEG 6MMX110 CM ENS.DE PERFUSION	UNK
97799687	INSET II 90 DEG 6MMX60 CM ENS.DE PERFUSION	UNK
97799684	INSET II 90 DEG 9MMX110CM ENS.DE PERFUSION	UNK
97799686	INSET II 90 DEG 9MMX60 CM ENS.DE PERFUSION	UNK
MIO DISPOSITIF		
97799490	MIO 6MMX32 ENSEMBLE DE PERFUSION TRANSPARENT	MDT
97799489	MIO 9MMX32 ENSEMBLE DE PERFUSION TRANSPARENT	MDT
97799491	MIO 6MMX18 ENSEMBLE DE PERFUSION BLEU	MDT
97799492	MIO 6MMX18 ENSEMBLE DE PERFUSION ROSE	MDT
97799437	MIO 6MMX23 ENSEMBLE DE PERFUSION ROSE	MDT
97799438	MIO 6MMX23 ENSEMBLE DE PERFUSION BLEU	MDT
OMNIPOD DISPOSITIF		
09991327	PODS	UNK
PARADIGM SILHOUETTE DISPOSITIF		
97799715	PARADIGM SILHOUETTE 13MMX 43'	MDT
97799485	PARADIGM SILHOUETTE 13MMX18"	MDT
97799716	PARADIGM SILHOUETTE 13MMX23'	MDT
97799484	PARADIGM SILHOUETTE 13MMX32"	MDT
97799718	PARADIGM SILHOUETTE 17MMX23'	MDT
97799483	PARADIGM SILHOUETTE 17MMX32"	MDT
97799719	PARADIGM SILHOUETTE 17MMX43'	MDT
97799529	PARADIGM SILHOUETTE CANULE 13	MDT
97799528	PARADIGM SILHOUETTE CANULE 17	MDT
QUICK-SET DISPOSITIF		
97799744	QUICK-SET 6MMX23' TUBES	MDT
97799743	QUICK-SET 6MMX43' TUBES	MDT
97799742	QUICK-SET 9MMX23' TUBES	MDT
97799741	QUICK-SET 9MMX43' TUBES	MDT

94:01.00 APPAREILS (DIABÉTIQUES)

FOURNITURES POMPE À INSULINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

• Les fournitures de pompes à insuline sont approuvées pour les clients du Programme des SSNA qui ont reçu une autorisation pour une pompe à insuline par le Programme des SSNA; OU
• Les fournitures de pompes à insuline sont approuvées pour les clients du Programme des SSNA qui ont un diagnostic de diabète de type 1 et dont la couverture d'une pompe à insuline a déjà été assumée en partie ou totalement par une autre assurance.

QUICK-SET DISPOSITIF		
97799487	QUICK-SET ENSEMBLE DE PERFFUSION	MDT
97799486	QUICK-SET ENSEMBLE DE PERFUSION	MDT
97799488	QUICK-SET ENSEMBLE DE PERFUSION	MDT
RAPID-D DISPOSITIF		
97799650	RAPID-D 10MM/110	ROD
97799652	RAPID-D 10MM/60CM	ROD
97799651	RAPID-D 10MM/80CM	ROD
97799656	RAPID-D 6MM/110CM	ROD
97799658	RAPID-D 6MM/60CM	ROD
97799657	RAPID-D 6MM/80CM	ROD
97799653	RAPID-D 8MM/110CM	ROD
97799655	RAPID-D 8MM/60CM	ROD
97799654	RAPID-D 8MM/80CM	ROD
SURE-T DISPOSITIF		
97799521	PARADIGM SURE-T 29G 6MMX18'	MDT
97799520	PARADIGM SURE-T 29G 6MMX23'	MDT
97799519	PARADIGM SURE-T 29G 8MMX23'	MDT
TENDER DISPOSITIF		
97799644	TENDER-1 17MM/110	ROD
97799646	TENDER-1 17MM/60	ROD
97799645	TENDER-1 17MM/80	ROD
97799638	TENDER-2 17MM/110	ROD
97799640	TENDER-2 17MM/60	ROD
97799639	TENDER-2 17MM/80	ROD
TENDER "MINI" DISPOSITIF		
97799647	TENDER-1 MINI INF SET 13MM/110	ROD
97799649	TENDER-1 MINI INFSET 13MM/60	ROD
97799648	TENDER-1 MINI INFSET 13MM/80	ROD
97799641	TENDER-2 MINI INF SET 13MM/110	ROD
97799643	TENDER-2 MINI INFSET 13MM/60	ROD
97799642	TENDER-2 MINI INFSET 13MM/80	ROD
ULTRAFLEX DISPOSITIF		
97799665	ULTRAFLEX 1 10MM/110CM	ROD
97799667	ULTRAFLEX 1 10MM/60CM	ROD
97799666	ULTRAFLEX 1 10MM/80CM	ROD
97799668	ULTRAFLEX 1 8MM/110CM	ROD
97799670	ULTRAFLEX 1 8MM/60CM	ROD
97799669	ULTRAFLEX 1 8MM/80CM	ROD
SERINGUE		
97799707	RESERVOIR PARADIGM 5X1.8ML SERINGUE	MDT

94:01.00 APPAREILS (DIABÉTIQUES)

FOURNITURES POMPE À INSULINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

• Les fournitures de pompes à insuline sont approuvées pour les clients du Programme des SSNA qui ont reçu une autorisation pour une pompe à insuline par le Programme des SSNA; OU
• Les fournitures de pompes à insuline sont approuvées pour les clients du Programme des SSNA qui ont un diagnostic de diabète de type 1 et dont la couverture d'une pompe à insuline a déjà été assumée en partie ou totalement par une autre assurance.

SERINGUE

97799706	RESERVOIR PARADIGM 7X3.0ML SERINGUE	MDT

LANCETTE

LANCETTE

97799494	ACCU-CHEK FASTCLIK LANCETTE	ROD
97799495	ACCU-CHEK FASTCLIK LANCETTE	ROD
97799817	ACCU-CHEK MULTICLIX LANCETTE	ROD
97799945	ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETTE	ROD
97799946	ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETTE	ROD
97799466	BG STAR LANCETTE	SAC
97799541	EZ HEALTH ORACLE LANCETTE	TRE
97799825	FINGERSTIX LANCETTE	BAY
97799292	FIRST CANADIAN HEALTH LANCETTE	ARA
97799826	FREESTYLE LANCETTE	BAY
97799918	MICROLET LANCETTE	BAY
97799810	MPD THIN LANCETTE (NS)	MPD
97799811	MPD THIN LANCETTE (NS)	MPD
97799807	MPD ULTRA THIN LANCETTE (100)	MPD
97799808	MPD ULTRA THIN LANCETTE (200)	MPD
97799970	ONETOUCH ULTRASOFT LANCETTE	JAJ
97799348	ULTILET CLASSIC LANCETTE	UNK

21G LANCETTE

97799804	MONOLET 21G LANCETTE	TYC

ST 28G LANCETTE

97799232	DROPLET PERSONAL LANCETTE 28G	SFA
97799253	FIRST CANHEALTH 28G LANCETTE	ARA
97799766	ITEST SAFETY 28G LANCETTE	AUC
97799801	MONOLET THIN (MONOJECT) 28G	TYC

ST 30G LANCETTE

97799233	DROPLET PERSONAL LANCETTE 30G	SFA
97799254	FIRST CANHEALTH 30G LANCETTE	ARA
97799388	MEDI+SURE SOFT 30G TWIST	MEC
97799389	MEDI+SURE SOFT 33G TWIST	MEC
97799431	ONETOUCH DELICA 30G LANCETTE	JAJ

33G LANCETTE

97799690	BD ULTRAFINE 33G LANCETTE	BTD
97799234	DROPLET PERSONAL LANCETTE 33G	SFA
97799255	FIRST CANHEALTH 33G LANCETTE	ARA
97799767	ITEST ULTRA-THIN 33G LANCETTE	AUC

94:01.00 APPAREILS (DIABÉTIQUES)

LANCETTE

33G LANCETTE

97799501	ONETOUCH DELICA 33G LANCETTE	JAJ

LINGETTES POUR ADHESIFS

DIVERS

97799671	SKIN PREP LINGETTES ADHÉSIVES	UNK

MAGNIFIER

DISPOSITIF

99400550	LOUPE POUR SERINGUE	UNK

SERINGUE ET AIGUILLE

ST 27GX1/2 AIGUILLES

09991381	BD PRECISIONGLIDE 25GX1 AIGUILLE	BTD

ST 18G AIGUILLES

09991402	BD PRECISIONGLIDE 18GX1 1/2	BTD
09991401	BD PRECISIONGLIDE 18GX1 AIGUILLE	BTD

ST 25G AIGUILLES

09991385	BD PRECISIONGLIDE 25GX1 AIGUILLE	BTD
09991386	BD PRECISIONGLIDE 25GX1 AIGUILLE	BTD

ST 26G AIGUILLES

09991383	BD PRECISIONGLIDE 25GX1 AIGUILLE	BTD
09991384	BD PRECISIONGLIDE 25GX1 AIGUILLE	BTD

ST 27G AIGUILLES

09991382	BD PRECISIONGLIDE 25GX1 AIGUILLE	BTD

ST SERINGUE

00977020	PLASTIPAK MICRO 8410 SERINGUE	BTD
97799510	SERINGUE ULTICARE LOW DEAD SP SERINGUE	UMI

ST 0.25CC SERINGUE

99002132	SERINGUE ET AIGUILLE POUR INSULINE 0.25 CC	UNK

0.3CC SERINGUE

00977961	BD MICRO-FINE 0.3CC SERINGUE	BTD
99002140	SERINGUE ET AIGUILLE POUR INSULINE 0.3 CC	UNK

ST 0.5CC SERINGUE

00920096	E-Z JE 0.5CC SERINGUE	RIV
00977136	MONOJECT 0.5CC SERINGUE	BTD
99002159	SERINGUE ET AIGUILLE POUR INSULINE 0.5 CC	UNK

ST 0.5CC/1CC SERINGUE

00977128	MONOJECT 0.5CC/1CC SERINGUE	MDT

ST 1CC SERINGUE

00920061	E-Z JE 1.0CC SERINGUE	RIV
99002167	SERINGUE ET AIGUILLE POUR INSULINE 1 CC	UNK

ST 1ML SERINGUE

09991376	BD LUER-LOK TIP SERINGUE	BTD

94:01.00 APPAREILS (DIABÉTIQUES)

SERINGUE ET AIGUILLE

1ML SERINGUE		
09991375	BD SLIP TIP SERINGUE	BTD
3ML SERINGUE		
09991371	BD LUER-LOK TIP SERINGUE	BTD
09991372	BD SLIP TIP SERINGUE	BTD
5ML SERINGUE		
09991373	BD LUER-LOK TIP SERINGUE	BTD
09991374	BD SLIP TIP SERINGUE	BTD
8MM SERINGUE		
97799261	SURECOMFORT 5/16 IN 30GX0.3CC	UNK
97799272	SURECOMFORT 5/16 IN 30GX0.5CC	UNK
97799265	SURECOMFORT 5/16 IN 30GX1CC	UNK
97799273	SURECOMFORT 5/16 IN 31GX0.3CC	UNK
97799274	SURECOMFORT 5/16 IN 31GX0.3CC	UNK
97799263	SURECOMFORT 5/16 IN 31GX0.5CC	UNK
97799262	SURECOMFORT 5/16 IN 31GX1CC	UNK
10ML SERINGUE		
09991363	BD LUER-LOK TIP SERINGUE	BTD
09991364	BD SLIP TIP SERINGUE	BTD
12MM SERINGUE		
97799275	SURECOMFORT 1/2 IN 28GX1CC	UNK
12.7MM SERINGUE		
97799257	SURECOMFORT 1/2 IN 28GX0.5CC	UNK
97799260	SURECOMFORT 1/2 IN 29GX0.3CC	UNK
97799259	SURECOMFORT 1/2 IN 29GX0.5CC	UNK
97799258	SURECOMFORT 1/2 IN 29GX1CC	UNK
97799264	SURECOMFORT 1/2 IN 30GX0.3CC	UNK
97799270	SURECOMFORT 1/2 IN 30GX0.5CC	UNK
97799271	SURECOMFORT 1/2 IN 30GX1CC	UNK
18GX1 1/2 SERINGUE		
09991349	BD LUER-LOK TIP 18GX 1 1/2 SERINGUE	BTD
20ML SERINGUE		
09991368	BD LUER-LOK TIP SERINGUE	BTD
09991369	BD SLIP TIP SERINGUE	BTD
21GX1 SERINGUE		
09991360	BD TUBERCULIN 21GX1 SERINGUE	BTD
22GX1 1/2 SERINGUE		
09991341	BD LUER-LOK TIP 22GX 1 1/2 SERINGUE	BTD
23GX5/8 SERINGUE		
09991339	BD LUER-LOK TIP 25GX5/8 SERINGUE	BTD
25GX1 SERINGUE		
09991338	BD LUER-LOK TIP 25GX1 SERINGUE	BTD
25GX1 1/2 SERINGUE		
09991337	BD LUER-LOK TIP 25GX 1 1/2 SERINGUE	BTD
25GX5/8 SERINGUE		
09991359	BD TUBERCULIN 25GX5/8 SERINGUE	BTD
26GX3/8 SERINGUE		
09991358	BD TUBERCULIN 26GX3/8 SERINGUE	BTD

94:01.00 APPAREILS (DIABÉTIQUES)

SERINGUE ET AIGUILLE

26GX5/8 SERINGUE		
09991361	BD SLIP TIP SERINGUE	BTD
27GX1/2 SERINGUE		
09991356	BD TUBERCULIN 27GX1/2 SERINGUE	BTD
09991357	BD TUBERCULIN 27GX1/2 SERINGUE	BTD
28GX0.5CC SERINGUE		
00920177	BD MICRO-FINE 28GX0.5CC SERINGUE	BTD
97799518	ULTICARE 28GX0.5CC	UMI
28GX1CC SERINGUE		
00920185	BD MICRO-FINE 28GX1CC SERINGUE	BTD
97799517	ULTICARE 28GX1CC	UMI
29GX0.3CC SERINGUE		
97799509	ULTI SYG 1/2 IN 29GX0.3CC	UMI
97799999	ULTICARE 29X0.3CC	AUC
97799887	ULTRA 29G3/10CC SERINGUE	BTD
29GX0.5CC SERINGUE		
97799888	BD ULTRA 29G 0.5CC SERINGUE	BTD
97799508	ULTI SYG 1/2 IN 29GX0.5CC	UMI
97799998	ULTICARE 29X0.5CC	AUC
29GX1CC SERINGUE		
97799889	BD ULTRA 29G 1CC SERINGUE	BTD
97799507	ULTI SYG 1/2 IN 29GX1CC	UMI
97799997	ULTICARE 29X1CC	AUC
30GX0.3CC SERINGUE		
97799551	ULTI SYG 1/2 IN 30GX0.3CC	UMI
97799506	ULTI SYG 5/16 IN 30GX0.3CC	UMI
97799996	ULTICARE 29X0.3CC SERINGUE	AUC
97799886	ULTRA-FINE II 30G.3/10 CC SERINGUE	BTD
30GX0.5CC SERINGUE		
97799885	BD ULTRA-FINE II 30GX0.5CC SERINGUE	BTD
97799550	ULTI SYG 1/2 IN 30GX0.5CC	UMI
97799505	ULTI SYG 5/16 IN 30GX0.5CC	UMI
97799995	ULTICARE 30X0.5CC SERINGUE	AUC
30GX1CC SERINGUE		
97799549	ULTI SYG 1/2 IN 30GX1CC	UMI
97799504	ULTI SYG 5/16 IN 30GX1CC	UMI
97799994	ULTICARE 30X1CC SERINGUE	AUC
97799890	ULTRA-FINE II 30G.1CC SERINGUE	BTD
30ML SERINGUE		
09991377	BD LUER-LOK TIP SERINGUE	BTD
09991378	BD SLIP TIP SERINGUE	BTD
31GX0.3CC SERINGUE		
97799369	INSULINE 31GX 0.3CC SERINGUE	MDT
97799548	ULTI SYG 5/16 IN 31GX0.3CC	UMI
97799513	ULTICARE 5/16 IN 31GX0.3CC SERINGUE	UMI
31GX0.5CC SERINGUE		
97799370	INSULINE 31GX 0.5CC SERINGUE	MDT
97799547	ULTI SYG 5/16 IN 31GX0.5CC	UMI

94:01.00 APPAREILS (DIABÉTIQUES)

SERINGUE ET AIGUILLE

SF 31GX0.5CC SERINGUE		
97799512	ULTICARE 5/16 IN 31GX0.5CC SERINGUE	UMI
SF 31GX1CC SERINGUE		
97799371	INSULINE 31GX 1CC SERINGUE	MDT
97799546	ULTI SYG 5/16 IN 31GX1CC	UMI
97799511	ULTICARE 5/16 IN 31GX1CC SERINGUE	UMI
SF 31GX6MMX0.3CC SERINGUE		
97799425	BD 31G 6MM (0.3CC) SERINGUE & AIGUILLE	BTD
SF 31X6MMX0.5CC SERINGUE		
97799385	BD 31G 6MM (0.5CC) SERINGUE & AIGUILLE	BTD
SF 31X6MMX1CC SERINGUE		
97799384	BD 31G 6MM (1CC) SERINGUE & AIGUILLE	BTD
SF 60ML SERINGUE		
09991455	BD LUER-LOK TIP SERINGUE	BTD
09991454	BD SLIP TIP SERINGUE	BTD

96:00 SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

96:00.00 SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

AGENT ÉPAISSISSANT

POUDRE

12137029	RESOURCE THICKEN UP CLEAR	NVC

EAU

SERINGUE

09991563	EAU STERILE PF SERINGUE	UNK

SOLUTION

00905178	EAU STÉRILE	UNK
99002264	EAU STÉRILE	UNK

ITRACONAZOLE

POUDRE

09991094	ITRACONAZOLE PD	MDS

SUPPLEMENT NUTRITIONNEL

POUDRE

09991319	SOURCE THICKEN UP 227G	NVC

VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE (INJECTION)

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

POUDRE

99100176	VANCOMYCINE	MDS

ANNEXE A

MÉDICAMENTS À USAGE RESTREINT ET CRITÈRES

08:00 ANTI-INFECTIEUX

08:12.02 AMINOGLYCOSIDES

AMIKACINE (SULFATE DE)

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

250MG LIQUIDE

02242971	AMIKACIN SULFATE	SDZ

TOBRAMYCINE

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

1.2G POUDRE POUR SOLUTION

00533688	TOBRAMYCIN	FKD
02285150	TOBRAMYCIN	RAX

10MG/ML SOLUTION

02230639	TOBRAMYCIN	FKD
02241209	TOBRAMYCIN	SDZ

40MG/ML SOLUTION

02420287	JAMP-TOBRAMYCIN	JMP
02230640	TOBRAMYCIN	FKD
02241210	TOBRAMYCIN	SDZ
02382814	TOBRAMYCIN	MYL
99005069	TOBRAMYCINE	UNK

08:12.06 CÉPHALOSPORINES

CEFTAZIDIME

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

1G POUDRE POUR SOLUTION

00886971	CEFTAZIDIME	FKD
02437848	CEFTAZIDIME	RAX
02212218	FORTAZ 1G	GSK

2G POUDRE POUR SOLUTION

00886955	CEFTAZIDIME	FKD
02437856	CEFTAZIDIME	RAX
02212226	FORTAZ 2G	GSK

3G POUDRE POUR SOLUTION

02439522	CEFTAZIDIME	RAX

6G POUDRE POUR SOLUTION

00886963	CEFTAZIDIME	FKD
02437864	CEFTAZIDIME	RAX
02212234	FORTAZ 6G	GSK

08:12.07 DIVERS BÊTA-LACTAMINES

ERTAPENEM

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

1G POUDRE POUR SOLUTION

02247437	INVANZ	FRS

MEROPENEM

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

500MG POUDRE POUR SOLUTION

02378787	MEROPENEM	SDZ
02218488	MERREM	AZC

1G POUDRE POUR SOLUTION

02378795	MEROPENEM	SDZ

08:12.07 DIVERS BÊTA-LACTAMINES

MEROPENEM

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

1G POUDRE POUR SOLUTION

02436507	MEROPENEM	RAX
02218496	MERREM	AZC

08:12.16 PÉNICILLINES

PIPERACILLIN, TAZOBACTAM

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

2G & 0.25G POUDRE POUR SOLUTION

02299623	PIPERACILLIN SODIUM/TAZOBACTAM SODIUM	SDZ
02370158	PIPERACILLIN SODIUM/TAZOBACTAM SODIUM	TEV

3G & 0.375G POUDRE POUR SOLUTION

02299631	PIPERACILLIN SODIUM/TAZOBACTAM SODIUM	SDZ
02308452	PIPERACILLIN SODIUM/TAZOBACTAM SODIUM	APX
02362627	PIPERACILLIN SODIUM/TAZOBACTAM SODIUM	RAX
02370166	PIPERACILLIN SODIUM/TAZOBACTAM SODIUM	TEV

4G & 0.5G POUDRE POUR SOLUTION

02299658	PIPERACILLIN SODIUM/TAZOBACTAM SODIUM	SDZ
02308460	PIPERACILLIN SODIUM/TAZOBACTAM SODIUM	APX
02362635	PIPERACILLIN SODIUM/TAZOBACTAM SODIUM	RAX
02370174	PIPERACILLIN SODIUM/TAZOBACTAM SODIUM	TEV

12G & 1.5G POUDRE POUR SOLUTION

02330547	PIPERACILLIN SODIUM/TAZOBACTAM SODIUM	SDZ
02377748	PIPERACILLIN SODIUM/TAZOBACTAM SODIUM	RAX

36G & 4.5G POUDRE POUR SOLUTION

02439131	PIPERACILLIN SODIUM/TAZOBACTAM SODIUM	RAX

08:12.18 QUINOLONES

LEVOFLOXACINE HÉMIHYDRATÉ

Médicament à usage restreint (autorisation préalable non nécessaire).

La couverture sera limitée à 14 tablettes pour 14 jours avec une période de non couverture pour les 14 jours suivants..

250MG COMPRIMÉ

02315424	ACT LEVOFLOXACIN	TEV
02284707	APO-LEVOFLOXACIN	APX
02284677	PMS-LEVOFLOXACIN	PMS
02298635	SANDOZ LEVOFLOXACIN	SDZ
02248262	TEVA-LEVOFLOXACIN	TEV

500MG COMPRIMÉ

02315432	ACT LEVOFLOXACIN	TEV
02284715	APO-LEVOFLOXACIN	APX
02415879	LEVOFLOXACIN	PDL
02284685	PMS-LEVOFLOXACIN	PMS
02298643	SANDOZ LEVOFLOXACIN	SDZ
02248263	TEVA-LEVOFLOXACIN	TEV

750MG COMPRIMÉ

02315440	ACT LEVOFLOXACIN	TEV
02325942	APO-LEVOFLOXACIN	APX
02305585	PMS-LEVOFLOXACIN	PMS
02298651	SANDOZ LEVOFLOXACIN	SDZ
02285649	TEVA-LEVOFLOXACIN	TEV

08:12.18 QUINOLONES

MOXIFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable non nécessaire).

La couverture sera limitée à 14 tablettes pour 14 jours avec une période de non couverture pour les 14 jours suivants.

400MG COMPRIMÉ

02404923	APO-MOXIFLOXACIN	APX
02432242	AURO-MOXIFLOXACIN	AUR
02242965	AVELOX	BAY
02447266	BIO-MOXIFLOXACIN	BMI
02443929	JAMP-MOXIFLOXACIN	JMP
02447061	JAMP-MOXIFLOXACIN	JMP
02447053	MAR-MOXIFLOXACIN	MAR
02457814	MED-MOXIFLOXACIN	GMP
02462974	MOXIFLOXACIN	PDL
02450976	RIVA-MOXIFLOXACIN	RIV
02383381	SANDOZ MOXIFLOXACIN	SDZ
02375702	TEVA-MOXIFLOXACIN	TEV

08:12.24 TÉTRACYCLINES

MINOCYCLINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les patients qui ne tolèrent pas d'autres tétracyclines ou doxycycline.
Pour les patients souffrant d'une acné grave généralisée réfractaire à la tétracycline ou doxycycline.

50MG CAPSULE

02084090	APO-MINOCYCLINE	APX
02239667	DOM-MINOCYCLINE	DPC
02153394	MINOCYCLINE	PDL
02287226	MINOCYCLINE	SAN
02230735	MYLAN-MINOCYCLINE	MYL
02294419	PMS-MINOCYCLINE	PMS
02237313	SANDOZ MINOCYCLINE	SDZ
02108143	TEVA-MINOCYCLINE	TEV

100MG CAPSULE

02084104	APO-MINOCYCLINE	APX
02239668	DOM-MINOCYCLINE	DPC
02154366	MINOCYCLINE	PDL
02239982	MINOCYCLINE	IVX
02287234	MINOCYCLINE	SAN
02230736	MYLAN-MINOCYCLINE	MYL
02294427	PMS-MINOCYCLINE	PMS
02237314	SANDOZ MINOCYCLINE	SDZ
02108151	TEVA-MINOCYCLINE	TEV

08:12.28 AUTRES ANTIBIOTIQUES

LINÉZOLIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Comprimés:
Pour le traitement d'infections confirmées à entérocoques résistants à la vancomycine (ERV).
Pour le traitement d'infections confirmées à Staphylococcus aureus résistants à la méthicilline (SARM) chez les patients qui ne tolèrent pas la vancomycine.

Solution Intraveineuse:
Sera fournie lorsque le linézolide ne peut pas être administré par la bouche dans les situations précitées.

600MG COMPRIMÉ

02426552	APO-LINEZOLID	APX
02422689	SANDOZ LINEZOLID	SDZ

08:12.28 AUTRES ANTIBIOTIQUES

LINÉZOLIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Comprimés:
Pour le traitement d'infections confirmées à entérocoques résistants à la vancomycine (ERV).
Pour le traitement d'infections confirmées à Staphylococcus aureus résistants à la méthicilline (SARM) chez les patients qui ne tolèrent pas la vancomycine.

Solution Intraveineuse:
Sera fournie lorsque le linézolide ne peut pas être administré par la bouche dans les situations précitées

600MG COMPRIMÉ

02243684 ZYVOXAM	PFI

2MG/ML SOLUTION

02402637 LINEZOLID	TEV
02243685 ZYVOXAM	PFI

RIFAXIMINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour la prévention des rechutes d'épisodes avérés d'encéphalopathie hépatique (EH) chez les patients:
• Qui sont incapables d'avoir un contrôle suffisant des récurrences d'EH après avoir pris uniquement le lactulose à une dose maximale tolérée; ET
• Lorsque rifaximin est associé à la prise de lactulose à une dose maximale tolérée.

550MG COMPRIMÉ

02410702 ZAXINE	SLX

VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE (INJECTION)

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

500MG POUDRE POUR SOLUTION

02420295 JAMP-VANCOMYCIN	JMP
02406535 MYLAN-VANCOMYCIN	MYL
02139375 VANCOMYCIN	FKD
02230191 VANCOMYCIN	PFI
02394626 VANCOMYCIN	SDZ
02407914 VANCOMYCIN	MYL
02411032 VANCOMYCIN	RAX
02435713 VANCOMYCIN	GMP
02342855 VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE	RAX

1,000MG POUDRE POUR SOLUTION

02230192 VANCOMYCIN	PFI
02396386 VANCOMYCIN	RAX
02435721 VANCOMYCIN	GMP

1G POUDRE POUR SOLUTION

02420309 JAMP-VANCOMYCIN	JMP
02406543 MYLAN-VANCOMYCIN	MYL
02241821 PMS-VANCOMYCIN 1 G	PMS
02139383 VANCOMYCIN	FKD
02394634 VANCOMYCIN	SDZ
02407922 VANCOMYCIN	MYL
02342863 VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE	RAX

5G POUDRE POUR SOLUTION

02420317 JAMP-VANCOMYCIN	JMP
02406551 MYLAN-VANCOMYCIN	MYL
02139243 VANCOMYCIN	FKD
02378337 VANCOMYCIN	PFI
02394642 VANCOMYCIN	SDZ
02407930 VANCOMYCIN	MYL

08:12.28 AUTRES ANTIBIOTIQUES

VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE (INJECTION)

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

10G POUDRE POUR SOLUTION

02420325	JAMP-VANCOMYCIN	JMP
02406578	MYLAN-VANCOMYCIN	MYL
02241807	VANCOMYCIN	FKD
02378345	VANCOMYCIN	PFI
02394650	VANCOMYCIN	SDZ
02407949	VANCOMYCIN	MYL
02411040	VANCOMYCIN	RAX
02405830	VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE	RAX

08:14.08 AZOLES

VORICONAZOLE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'aspergillose invasive; OU
Pour le traitement de la candidémie invasive prouvée à la culture qui est documentée résistante au fluconazole.

50MG COMPRIMÉ

02409674	APO-VORICONAZOLE	APX
02399245	SANDOZ VORICONAZOLE	SDZ
02396866	TEVA-VORICONAZOLE	TEV
02256460	VFEND	PFI

200MG COMPRIMÉ

02409682	APO-VORICONAZOLE	APX
02399253	SANDOZ VORICONAZOLE	SDZ
02396874	TEVA-VORICONAZOLE	TEV
02256479	VFEND	PFI

08:18.08 ANTIRÉTROVIRAUX

TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients souffrant d'une infection à VIH-1 chez lesquels un traitement pour cette infection a échoué ou a provoqué des effets indésirables.
Pour le traitement des patients souffrant d'une hépatite B chronique, qui présentent une cirrhose confirmée par des analyses radiologiques et histologiques et un taux du VHB supérieur à 2 000 IU/mL.

245MG COMPRIMÉ

02247128	VIREAD	GIL

08:18.20 INTERFÉRONS

PEGINTERFÉRON ALFA-2A

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients avec l'hépatite B chronique donc la concentration de l'ADN VHB des patients est au-dessus de 2,000 IU/mL et qui ne souffrent pas de cirrhose décompensée et ce sur demande écrit d'un hépatologue ou d'un autre spécialiste dans le domaine.

180MCG/0.5ML SOLUTION

02248077	PEGASYS	HLR

PEGINTERFÉRON ALFA-2A, RIBAVIRINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'hépatite C chronique chez des patients n'ayant jamais reçu ces 2 produits et ce sur demande écrit d'un hépatologue ou d'un autre spécialiste dans le domaine.
• Pour les génotypes 1, 4 5 et 6, un approvisionnement initial de 24 semaines sera autorisé si la virémie du patient a diminué d'au moins deux logs ou que le virus de l'hépatite C (VHC) n'est pas détectable après 12 semaines (approvisionnement total de 48 semaines).
• Pour le génotype 2 ou 3, une couverture initiale d'au plus 24 semaines peut être autorisée. Les renouvellements ne seront pas couverts.

180MCG/0.5ML & 200MG KIT

02253429	PEGASYS RBV	HLR

08:18.20 INTERFÉRONS

PEGINTERFÉRON ALFA-2A, RIBAVIRINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'hépatite C chronique chez des patients n'ayant jamais reçu ces 2 produits et ce sur demande écrit d'un hépatologue ou d'un autre spécialiste dans le domaine.
• Pour les génotypes 1, 4 5 et 6, un approvisionnement initial de 24 semaines sera autorisé si la virémie du patient a diminué d'au moins deux logs ou que le virus de l'hépatite C (VHC) n'est pas détectable après 12 semaines (approvisionnement total de 48 semaines).
• Pour le génotype 2 ou 3, une couverture initiale d'au plus 24 semaines peut être autorisée. Les renouvellements ne seront pas couverts.

180MCG/1ML & 200MG KIT

02253410 PEGASYS RBV HLR

PEGINTERFÉRON ALFA-2B, RIBAVIRINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'hépatite C chronique chez des patients n'ayant jamais reçu ces 2 produits et ce sur demande écrit d'un hépatologue ou d'un autre spécialiste dans le domaine.
• Pour les génotypes 1, 4, 5 et 6, un approvisionnement initial de 24 semaines sera autorisé si la virémie du patient a diminué d'au moins deux logs ou que le virus de l'hépatite C (VHC) n'est pas détectable après 12 semaines (approvisionnement total de 48 semaines).
• Pour le génotype 2 ou 3, une couverture initiale d'au plus 24 semaines peut être autorisée. Les renouvellements ne seront pas couverts.

50MCG/0.5ML & 200MG KIT

02254573 PEGETRON TROUSSE FRS

08:18.32 NUCLÉOSIDES ET NUCLÉOTIDES

ADÉFOVIR DIPIVOXIL

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement d'une infection à hépatite B chronique lorsque utilisé avec la lamivudine et chez les patients qui ont eu un échec à la lamivudine défini par une augmentation de l'AND du VHB de ≥ 1 log10 IU/mL au dessus du nadir, mesuré à deux différentes occasions dans une intervalle minimum de un mois et ce après les trois premiers mois de thérapie avec la lamivudine et quand un échec avec la lamivudine n'est pas relié à une piètre fidélité au traitement.

10MG COMPRIMÉ

02420333 APO-ADEFOVIR APX
02247823 HEPSERA GIL

ENTECAVIR MONOHYDRATE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement d'une infection à hépatite B chronique chez les patients ayant un cirrhose documentée par des radiographies ou des données histologiques et par une concentration de DNA du VHB au dessus de 2000IU/mL.

0.5MG COMPRIMÉ

02396955 APO-ENTECAVIR APX
02448777 AURO-ENTECAVIR AUR
02282224 BARACLUDE BMS
02430576 PMS-ENTECAVIR PMS

08:18.40 ANTIVIRAUX VHC

DACLATASVIR

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les patients adultes présentant une infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) à tous les stages (F0-F4) qui satisfont à TOUS les critères suivants:
Traitement prescrit par un hépatologue, un gastro-entérologue ou un infectiologue (ou un autre prescripteur expérimenté dans le traitement de patients atteints d'hépatite C chronique); ET
Confirmation en laboratoire d'une hépatite C due à un virus de génotype 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou mixte; ET
Quantification de l'ARN du VHC en laboratoire au cours des 12 derniers mois;

Une reprise de traitement dans les situations d'échec au traitement ou de réinfection chez les patients qui ont déjà reçu un régime médicamenteux d'antiviraux à action directe sera considérée au cas par cas.

30MG COMPRIMÉ

02444747 DAKLINZA BMS

60MG COMPRIMÉ

02444755 DAKLINZA BMS

08:18.40 ANTIVIRAUX VHC

ELBASVIR, GRAZOPREVIR

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les patients adultes présentant une infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) à tous les stages (F0-F4) qui satisfont à TOUS les critères suivants:
Traitement prescrit par un hépatologue, un gastro-entérologue ou un infectiologue (ou un autre prescripteur expérimenté dans le traitement de patients atteints d'hépatite C chronique); ET
Confirmation en laboratoire d'une hépatite C due à un virus de génotype 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou mixte; ET
Quantification de l'ARN du VHC en laboratoire au cours des 12 derniers mois;

Une reprise de traitement dans les situations d'échec au traitement ou de réinfection chez les patients qui ont déjà reçu un régime médicamenteux d'antiviraux à action directe sera considérée au cas par cas.

50MG & 100MG COMPRIMÉ

02451131 ZEPATIER FRS

OMBITASVIR, PARITAPREVIR, RITONAVIR, DASABUVIR

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'infection virale et chronique de l'hépatite C (VHC), génotype 1 chez les adultes ayant une fibrose du foie de grade égal ou supérieur à F2 (score de Metavir ou un équivalent).

Critères et Durée
Pour les patients traités auparavant ou non, de génotype 1b et sans cirrhose* - 12 semaines.
Pour les patients traités auparavant ou non, de génotype 1a et sans cirrhose* - 12 semaines en association avec RBV.
Pour les patients traités auparavant ou non, de génotype 1b et avec cirrhose* - 12 semaines en association avec RBV.
Pour les patients traités auparavant ou non (ayant eu une rechute et ayant eu une réponse partielle) de génotype 1a et avec cirrhose - 12 semaines en association avec RBV.
Pour les patients traités auparavant, de génotype 1, avec cirrhose et qui ont eu une réponse négative avec pegIFN et RBV - 24 semaines en association avec RBV.

*Holkira Pak avec ribavirin est recommandé chez les patients avec un sous-type inconnu du génotype 1 ou une infection de plusieurs sous-types du génotype.

Patients qui ne sont pas admissibles à la couverture sont:
Les patients qui sont actuellement traités avec un autre agent antiviral pour le VHC.
Les patients qui ont été traités auparavant avec une thérapie de Holkira Pak (Les demandes de renouvellement de traitement ne seront pas prises en considération).

250MG & 12.5MG & 75MG & 50MG COMPRIMÉ

02436027 HOLKIRA PAK ABV

RIBAVIRINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'hépatite chronique.

200MG COMPRIMÉ

02439212 IBAVYR PED

400MG COMPRIMÉ

02425890 IBAVYR PED

600MG COMPRIMÉ

02425904 IBAVYR PED

SOFOSBUVIR

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les patients adultes présentant une infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) à tous les stages (F0-F4) qui satisfont à TOUS les critères suivants:
Traitement prescrit par un hépatologue, un gastro-entérologue ou un infectiologue (ou un autre prescripteur expérimenté dans le traitement de patients atteints d'hépatite C chronique); ET
Confirmation en laboratoire d'une hépatite C due à un virus de génotype 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou mixte; ET
Quantification de l'ARN du VHC en laboratoire au cours des 12 derniers mois;

Une reprise de traitement dans les situations d'échec au traitement ou de réinfection chez les patients qui ont déjà reçu un régime médicamenteux d'antiviraux à action directe sera considérée au cas par cas.

400MG COMPRIMÉ

02418355 SOVALDI GIL

08:18.40 ANTIVIRAUX VHC

SOFOSBUVIR, LÉDIPASVIR

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les patients adultes présentant une infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) à tous les stages (F0-F4) qui satisfont à TOUS les critères suivants:
Traitement prescrit par un hépatologue, un gastro-entérologue ou un infectiologue (ou un autre prescripteur expérimenté dans le traitement de patients atteints d'hépatite C chronique); ET
Confirmation en laboratoire d'une hépatite C due à un virus de génotype 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou mixte; ET
Quantification de l'ARN du VHC en laboratoire au cours des 12 derniers mois;

Une reprise de traitement dans les situations d'échec au traitement ou de réinfection chez les patients qui ont déjà reçu un régime médicamenteux d'antiviraux à action directe sera considérée au cas par cas.

400MG & 90MG COMPRIMÉ

02432226 HARVONI GIL

SOFOSBUVIR, VELPATASVIR

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les patients adultes présentant une infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) à tous les stages (F0-F4) qui satisfont à TOUS les critères suivants:
Traitement prescrit par un hépatologue, un gastro-entérologue ou un infectiologue (ou un autre prescripteur expérimenté dans le traitement de patients atteints d'hépatite C chronique); ET
Confirmation en laboratoire d'une hépatite C due à un virus de génotype 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou mixte; ET
Quantification de l'ARN du VHC en laboratoire au cours des 12 derniers mois;

Une reprise de traitement dans les situations d'échec au traitement ou de réinfection chez les patients qui ont déjà reçu un régime médicamenteux d'antiviraux à action directe sera considérée au cas par cas.

400MG & 100MG COMPRIMÉ

02456370 EPCLUSA GIL

SOFOSBUVIR, VELPATASVIR, VOXILAPREVIR

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les patients adultes souffrant d'une infection chronique de l'hépatite C et qui sont:
• Hépatite chronique à tous les stages (F0-F4); ET
• Niveaux détectables de l'ARN du VHC dans les douze derniers mois. Veuillez nous faire parvenir une copie du rapport.
ET
Traitement expérimenté ayant échoué à un traitement antérieur avec un régime VHC contenant:
• Inhibiteurs de NS5A: daclatasvir (Daklinza), elbasvir (faisant partie de Zepatier), lédipasvir (faisant partie de Harvoni), ombitasvir (faisant partie de Holkira Pak), velpatasvir (faisant partie de Epclusa) pour les génotypes 1, 2, 3, 4, 5 ou 6; OU
• sofosbuvir (Sovaldi) sans un inhibiteur de NS5A pour les génotypes 1, 2, 3 ou 4.

400MG & 100MG & 100MG COMPRIMÉ

02467542 VOSEVI GIL

08:36.00 ANTI-INFECTIEUX URINAIRES

FOSFOMYCINE TROMETHAMINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les femmes âgées de plus de 12 ans qui nécessitent un traitement pour:
• Une infection des voies urinaires avec des microorganismes qui sont résistants au traitement avec un antibiotique de première ligne; OU
• Une infection des voies urinaires durant la grossesse lorsque des antibiotiques de première ligne sont contre-indiqués.

3G/PK POUDRE

02240335 MONUROL PAL

10:00 ANTINÉOPLASIQUES

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

ABIRATERONE (ACETATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critères pour une couverture initiale (l'approbation initiale est pour 12 mois)
Pour le traitement des patients atteints d'un cancer de la prostate métastatique résistant à la castration, qui sont asymptomatiques ou légèrement symptomatiques suivant un échec avec les anti-androgènes et qui n'ont pas reçu de la chimiothérapie. Les patients doivent aussi répondre aux critères suivants:
• Un traitement de prednisone est associé au traitement Zytiga; ET
• Patients a un statut de rendement ECOG de 0 ou 1.

Pour le traitement des patients atteints d'un cancer de la prostate métastatique résistant à la castration qui ont progressé malgré une chimiothérapie à base de docetaxel et qui répondent aux critères suivants:
• Un traitement de prednisone est associé au traitement Zytiga ET
• Le patient a un statut de rendement ECOG égal ou plus petit que 2; ET
• L'abiraterone n'est pas ajouté au traitement de l'enzalutamide (Xtandi); ET
• L'abiraterone n'a pas été utilisé avant une chimiothérapie à base de docetaxel.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 12 mois)
Pas d'évidence de progression de la maladie

250MG COMPRIMÉ

02371065 ZYTIGA JSO

500MG COMPRIMÉ

02457113 ZYTIGA JSO

AFATINIB DIMALEATE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients atteints d'un cancer du poumon à petites cellules (NSCLC) au stade avancé et qui répondent aux critères suivants:
• Afatinib est un traitement de première intention pour le patient; ET
• Le patient présente une mutation EGFR; ET
• Pour un adénocarcinome avancé du poumon ou devenu métastatique; ET
• Le patient présente un statut de rendement ECOG de 0 ou 1.

Critère d'évaluation aux 6 mois:
• Il n'y a pas de preuve objective de progression de la maladie.

L'utilisation d'afatinib empêche l'utilisation des autres inhibiteurs de l'EGFR comme thérapie ultérieure.

20MG COMPRIMÉ

02415666 GIOTRIF BOE

30MG COMPRIMÉ

02415674 GIOTRIF BOE

40MG COMPRIMÉ

02415682 GIOTRIF BOE

AXITINIB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Les critères pour une couverture initiale de 12 mois sont:
En traitement de deuxième ligne pour les patients atteints de cancer avancé du poumon non à petites cellules qui ont déjà reçu un traitement de première ligne.

Les patients sont admissibles à recevoir everolimus ou axitinib seulement à titre de traitement de seconde ligne. Ces agents ne peuvent pas être utilisés de façon séquentielle excepté lors d'intolérance.

Le critère pour une couverture initiale de 12 mois est:
Il n'y a pas de preuve objective de progression de la maladie.

1MG COMPRIMÉ

02389630 INLYTA PFI

5MG COMPRIMÉ

02389649 INLYTA PFI

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

BOSUTINIB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critères pour une couverture initiale (approbation pour 12 mois):
Le patient est atteint d'une leucémie myéloïde chronique à chromosome Philadelphie positif (LMC Ph+); ET
Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG* qui se situe entre 0 à 2;
ET
• Résistance/progression de la maladie documentée après au moins un traitement antérieur par voie orale avec un inhibiteur de la tyrosine kinase (TKI) (imatinib, dasatinib ou nilotinib); OU
• Intolérance documentée à un traitement antérieur par voie orale avec un TKI (imatinib, dasatinib ou nilotinib), et un traitement subséquent par voie orale avec un autre TKI n'est pas approprié du point de vue clinique.

Critère pour un renouvellement de couverture (renouvellement pour 12 mois):
Confirmation du clinicien que le patient a présenté une réponse hématologique et/ou cytogénétique et devrait continuer de le faire, ET qu'il n'a subi aucun effet toxique inacceptable.

100MG COMPRIMÉ

02419149 BOSULIF PFI

500MG COMPRIMÉ

02419157 BOSULIF PFI

COBIMETINIB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critères pour une couverture initiale de six mois pour le cobimetinib (Cotellic):
En traitement de première ligne pour les patients souffrant de mélanomes métastatiques ou qui ont des mélanomes inopérables et en association avec le vemurafenib (Zelboraf).

ET pour les patients qui répondent aux critères suivants:
• Une mutation positive en BRAF V600 des mélanomes qui sont inopérables ou qui sont métastatiques a été documentée chez le patient; ET
• Le patient n'a pas de métastases au cerveau ou les métastases du cerveau sont asymptomatiques ou stables; ET
• Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG qui se situe entre 0 à 1.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 6 mois):
Il n'y a pas de preuve objective de progression de la maladie.

20MG COMPRIMÉ

02452340 COTELLIC HLR

CRIZOTINIB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Les critères pour une couverture initiale de 12 mois sont:
En traitement de première ligne pour les patients atteints de cancer avancé du poumon non à petites cellules (NSCLC); OU
En traitement de deuxième ligne pour les patients atteints de cancer avancé du poumon non à petites cellules qui ont déjà reçu un traitement de chimiothérapie.*
ET
• Le patient a eu un résultat positif à un essai de la kinase (ALK) lymphome anaplastique, ET
• Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG* qui se situe entre 0 à 2;

*Les patients qui ont vu leurs conditions se détériorer durant ou suivant un traitement de première ligne avec le crizotinib, ne seront pas admissibles pour recevoir le crizotinib en deuxième ligne de traitement.

Le critère pour une couverture initiale de 12 mois est:
Le patient a eu une réponse hématologique et/ou cytologique au crizotinib et il est attendu que cette réponse du patient se poursuivre.

200MG CAPSULE

02384256 XALKORI PFI

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

DABRAFENIB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critères pour une couverture initiale de six mois pour le dabrafenib (Tafinlar):
• En traitement de première ligne et en monothérapie pour les patients souffrant de mélanomes métastatiques ou qui ont des mélanomes inopérables et en monothérapie; OU
• En traitement de première ligne pour les patients souffrant de mélanomes métastatiques ou qui ont des mélanomes inopérables et en association avec le trametinib (Mekinist).

ET pour les patients qui répondent aux critères suivants:
• Une mutation positive en BRAF V600 des mélanomes qui sont inopérables ou qui sont métastatiques a été documentée chez le patient; ET
• Le patient n'a pas de métastase au cerveau ou les métastases du cerveau sont asymptomatiques ou stables; ET
• Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG* qui se situe entre 0 à 1;
*ECOG = European Cooperative Oncology Group Status

ET
• Le patient n'a reçu aucun traitement au préalable.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 6 mois):
Il n'y a pas de preuve objective de progression de la maladie.

50MG CAPSULE

02409607	TAFINLAR	NVR

75MG CAPSULE

02409615	TAFINLAR	NVR

ENZALUTAMIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients atteints d'un cancer de la prostate métastatique résistant à la castration et qui répondent aux critères suivants:
• Patients asymptomatiques ou légèrement symptomatiques suivant un échec avec les anti-androgènes; ET
• Patients qui n'ont pas reçu de chimiothérapie et qui présentent un statut de rendement ECOG de 0 ou 1 sans facteur de risque de convulsions; OU
• Patients ont progressé malgré une chimiothérapie à base de docetaxel et avec un statut de rendement ECOG égal ou plus petit que 2 et sans facteurs de risque de convulsions; ET
• L'enzalutamide serait une solution de rechange à l'abiraterone pour les patients après une chimiothérapie à base de docetaxel sans être une thérapie d'appoint au traitement avec l'abiraterone.

Les patients qui ont déjà été traités avec l'abiraterone ne seront pas admissibles à l'enzalutamide à moins d'une intolérance à l'abiraterone.

L'enzalutamide utilisé après une chimiothérapie à base de docetaxel ne sera pas couvert si l'enzalutamide a été utilisé avant toute cancérothérapie.

40MG CAPSULE

02407329	XTANDI	AST

ERLOTINIB (CHLORHYDRATE D')

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Traitement d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) après l'échec d'au moins une chimiothérapie et dont le statut EGFR est positif ou inconnu.

25MG COMPRIMÉ

02461862	APO-ERLOTINIB	APX
02269007	TARCEVA	HLR
02377691	TEVA-ERLOTINIB	TEV

100MG COMPRIMÉ

02461870	APO-ERLOTINIB	APX
02454386	PMS-ERLOTINIB	PMS
02269015	TARCEVA	HLR
02377705	TEVA-ERLOTINIB	TEV

150MG COMPRIMÉ

02461889	APO-ERLOTINIB	APX
02454394	PMS-ERLOTINIB	PMS
02269023	TARCEVA	HLR
02377713	TEVA-ERLOTINIB	TEV

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

EVEROLIMUS

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

1. Pour le cancer du sein au stade avancé

Pour une couverture initiale de 12 mois:
Pour un cancer du sein avancé avec récepteurs hormonaux positifs et HER2 négatif; ET
• Utilisé en association avec l'exémestane; ET
• Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG* qui se situe entre 0 à 2; ET
• La condition du patient s'est présentée à nouveau ou a progressé malgré l'utilisation d'un inhibiteur non stéroïdien de l'aromatase.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 12 mois):
Il n'y a pas de preuve objective de progression de la maladie.

2. Pour un néphrocarcinome avec métastases ou à un stade avancé

Pour une couverture initiale de 12 mois:
Pour le néphrocarcinome à cellules claires avec métastases ou a un stade avancé qui est documenté; ET
Pour un traitement du néphocarcinome avec métastases de deuxième ou de troisième ligne.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 12 mois):
Il n'y a pas de preuve objective de progression de la maladie.

3. Pour le tumeurs neuroendocrines pancréatiques (TNEp)

Pour une couverture initiale de 12 mois:
Pour les tumeurs neuroendocrines pancréatiques bien ou modérément différenciées, non résécables, en progression et localement avancées ou métastatiques; ET
• Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG* qui se situe entre 0 à 2; ET
• Pour les patients traités avec d'autres médicaments, veuillez préciser la raison de l'arrêt du médicament.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 12 mois):
Il n'y a pas de preuve objective de progression de la maladie.

4. Pour le tumeurs neuroendocrines (TNE) non fonctionnelles du tube digestif ou du poumon

Pour une couverture initiale de 12 mois:
Pour les tumeurs neuroendocrines (TNE) non fonctionnelles du tube digestif ou du poumon, bien différenciées, documentées, non résécables, en progression et localement avancées ou métastatiques chez les adultes de 18 ans et plus; ET
• Le patient a une maladie en depuis 6 mois et qui est documentée par radiographie; ET
• Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG* qui se situe entre 0 à 2.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 12 mois):
Il n'y a pas de preuve objective de progression de la maladie.

2.5MG COMPRIMÉ

02369257 AFINITOR NVR

5MG COMPRIMÉ

02339501 AFINITOR NVR

7.5MG COMPRIMÉ

02450267 AFINITOR NVR

10MG COMPRIMÉ

02339528 AFINITOR NVR

2MG TABLET FOR SUSPENSION

02425645 AFINITOR DISPERZ NVR

3MG TABLET FOR SUSPENSION

02425653 AFINITOR DISPERZ NVR

5MG TABLET FOR SUSPENSION

02425661 AFINITOR DISPERZ NVR

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

IBRUTINIB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

1. Pour le traitement de première intention des patients atteints d'une leucémie lymphoïde chronique (LLC)/d'un lymphome à petits lymphocytes (LPL) qui n'ont reçu aucun traitement

Critères pour une couverture initiale (approbation pour 12 mois):
En option de traitement de première intention pour les patients nouvellement atteints de leucémie lymphoïde chronique (LLC)/d'un lymphome à petits lymphocytes (LPL) qui n'ont reçu aucun traitement; ET
• Un régime de traitement à base de fludarabine a été jugé inapproprié par le prescripteur du patient; ET
• Le patient est à risque d'avoir une LLC et l'ibrutinib est le médicament préféré à la thérapie anti-CD20 en raison de présence de l'un des marqueurs cytogéniques suivants:
- La délétion du chromosome 17p [del(17p)]
- La mutation TP 53
- L'Immunoglobulin Heavy Chain Variable Region (IgHV) n'a pas muté
• Autre raison.

Nota: L'option de traitement avec la thérapie anti-CD20 ne sera pas couverte après l'utilisation de l'ibrutinib. L'énoncé précédent doit être pris en considération lors du choix de l'ibrutinib comme traitement de première intention. L'ibrutinib n'est pas couvert comme option de traitement chez les patients qui ont a reçu l'idelalisib et avaient progressé lors d'une autre chimiothérapie antérieure.

Critère pour un renouvellement de couverture (renouvellement pour 12 mois):
Il n'y a pas de preuve de progression de la maladie.

2. Pour le traitement de deuxième intention des patients atteints d'une leucémie lymphoïde chronique (LLC)/d'un lymphome à petits lymphocytes (LPL)

Critères pour une couverture initiale (approbation pour 12 mois):
Le diagnostic de la leucémie lymphoïde chronique (LLC)/d'un lymphome à petits lymphocytes (LPL) a été démontré; ET
• Le patient a reçu au moins une thérapie pour traiter la LLC/ le LPL; ET
• Le prescripteur du patient a jugé qu'il serait inapproprié pour le patient de recevoir un traitement ou un retraitement avec un régime de traitement à base de fludarabine.

Nota: L'ibrutinib n'est pas couvert comme option de traitement chez les patients qui ont a reçu l'idelalisib et avaient progressé lors d'une autre chimiothérapie antérieure.

Critère pour un renouvellement de couverture (renouvellement pour 12 mois):
Il n'y a pas de preuve de progression de la maladie.

3. Pour le traitement de lymphome à cellules du manteau (LCM) lorsque la maladie récidive ou n'a pas répondu au traitement

Critères pour une couverture initiale (approbation pour 12 mois):
Le diagnostic du lymphome à cellules du manteau (LCM) a été démontré; ET
• Le patient a reçu au moins une thérapie pour traiter le LCM.

Critère pour un renouvellement de couverture (renouvellement pour 12 mois):
Il n'y a pas de preuve de progression de la maladie.

140MG CAPSULE

02434407 IMBRUVICA JSO

IDELALISIB

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critère pour une couverture initiale de six mois:
• Pour le traitement des patients atteints de récidive de la leucémie lymphoïde chronique (LLC) en association avec le rituximab. Le traitement doit se poursuivre jusqu'à ce qu'il y ait une progression de la maladie ou une toxicité du médicament inacceptable.

Critère d'évaluation aux 6 mois:
• Pas d'évidence de progression de la maladie.

100MG COMPRIMÉ

02438798 ZYDELIG GIL

150MG COMPRIMÉ

02438801 ZYDELIG GIL

IMATINIB (MÉSYLATE D')

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

• Pour les patients atteints de leucémie myéloïde chronique (LMC) qui présentent une concentration critique de cellules blastiques ou, encore, qui sont en phase d'accélération ou en phase chronique.
• Pour le traitement de patients souffrant d'une tumeur gastro-intestinale au niveau du stroma.
• Pour les patients adultes chez qui on vient de diagnostiquer une (LMC) et qui sont porteurs du chromosome de Philadelphie (PH+).
• Pour les patients atteints de la leucémie aiguë à chromosome et qui sont porteurs de chromosome de Philadelphie (LLA à Ph+).

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

IMATINIB (MÉSYLATE D')

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

• Pour les patients atteints de leucémie myéloïde chronique (LMC) qui présentent une concentration critique de cellules blastiques ou, encore, qui sont en phase d'accélération ou en phase chronique.
• Pour le traitement de patients souffrant d'une tumeur gastro-intestinale au niveau du stroma.
• Pour les patients adultes chez qui on vient de diagnostiquer une (LMC) et qui sont porteurs du chromosome de Philadelphie (PH+).
• Pour les patients atteints de la leucémie aiguë à chromosome et qui sont porteurs de chromosome de Philadelphie (LLA à Ph+).

100MG COMPRIMÉ

02355337	APO-IMATINIB	APX
02253275	GLEEVEC	NVR
02397285	NAT-IMATINIB	NPH
02431114	PMS-IMATINIB	PMS
02399806	TEVA-IMATINIB	TEV

400MG COMPRIMÉ

02355345	APO-IMATINIB	APX
02253283	GLEEVEC	NVR
02397293	NAT-IMATINIB	NPH
02431122	PMS-IMATINIB	PMS
02399814	TEVA-IMATINIB	TEV

LÉNALIDOMIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

1. Pour le traitement du syndrome myélodysplasique (SMD)
Critères pour une couverture initiale (l'approbation initiale est pour 6 mois):
• Faire une démonstration du diagnostic du syndrome myélodysplasique (SMD) suivant un prélèvement de la moelle osseuse; ET
• Documenter la présence d'une anomalie cytogénétique 5q de suppression (del 5q) par un test standard cytogénétique ou fluorescence en hybridation in situ; ET
• Avoir un risque faible ou intermédiaire -1 selon l'index de l'International prognostic scoring system (IPSS); ET
• L'anémie du patient est traitée par des transfusions en fonction des symptômes.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 12 mois):
• Une réduction d'au moins 50% des transfusions sanguines par rapport au début du traitement a été observée chez le patient.

2. Pour le traitement du patients atteints de myélome multiple réfractaire et récidivant qui ont déjà reçu au moins un traitement antérieur
Critères pour une couverture initiale (l'approbation initiale est pour 12 mois):
• Myélome multiple en progression; ET
• Pour une utilisation en association avec la dexaméthasone; ET
• Le patient est réfractaire à la chimiothérapie en début de traitement ou en traitement subséquent ou le patient a récidivé après la fin du traitement du premier traitement et la poursuite de l'administration d'une chimiothérapie est appropriée; OU
• Le patient a complété au moins un protocole complet de traitement de chimiothérapie de départ et une intolérance à la chimiothérapie a été observée chez le patient.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 12 mois):
• Il n'y a pas de signe de progression de la maladie ou de développement de toxicité inacceptable au lénalidomide qui commande un arrêt de la thérapie.

3. Pour le traitement du patients nouvellement diagnostiqués de myélome multiple qui ne sont pas candidats à une greffe autologue de cellules souches
Critères pour une couverture initiale (l'approbation initiale est pour 12 mois):
• En traitement de première ligne pour les patients nouvellement diagnostiqués de myélome multiple qui ne sont pas admissibles à une greffe autologue de cellules souches; ET
• Pour une utilisation en association avec la dexaméthasone; ET
Dont le statut de performance selon l'ECOG est entre 0 à 2.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 12 mois):
• Il n'y a pas de signe de progression de la maladie ou de développement de toxicité inacceptable au lénalidomide qui commande un arrêt de la thérapie.

4. Pour le traitement du d'entretien des patients nouvellement diagnostiqués de myélome multiple à la suite d'une greffe autologue de cellules souches
Critères pour une couverture initiale (l'approbation initiale est pour 12 mois):
• Myélome multiple nouvellement diagnostiqué; ET
• La condition du patient est stable ou s'est améliorée sans signe de progression de la maladie après une greffe autologue de cellules souches.

La couverture fournie pour le lénalidomide est de 10 mg par jour pour la dose de départ. La couverture peut aussi couvrir des modifications de dose pouvant aller jusqu'à 15 mg par jour dépendant des caractéristiques et de la réponse du patient.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 12 mois):
• Il n'y a pas de signe de progression de la maladie ou de développement de toxicité inacceptable au lénalidomide qui commande un arrêt de la thérapie.

5MG CAPSULE

02304899	REVLIMID	UNK

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

LÉNALIDOMIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

1. Pour le traitement du syndrome myélodysplasique (SMD)
Critères pour une couverture initiale (l'approbation initiale est pour 6 mois):
• Faire une démonstration du diagnostic du syndrome myélodysplasique (SMD) suivant un prélèvement de la moelle osseuse; ET
• Documenter la présence d'une anomalie cytogénétique 5q de suppression (del 5q) par un test standard cytogénétique ou fluorescence en hybridation in situ; ET
• Avoir un risque faible ou intermédiaire -1 selon l'index de l'International prognostic scoring system (IPSS); ET
• L'anémie du patient est traitée par des transfusions en fonction des symptômes.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 12 mois):
• Une réduction d'au moins 50% des transfusions sanguines par rapport au début du traitement a été observée chez le patient.

2. Pour le traitement du patients atteints de myélome multiple réfractaire et récidivant qui ont déjà reçu au moins un traitement antérieur
Critères pour une couverture initiale (l'approbation initiale est pour 12 mois):
• Myélome multiple en progression; ET
• Pour une utilisation en association avec la dexaméthasone; ET
• Le patient est réfractaire à la chimiothérapie en début de traitement ou en traitement subséquent ou le patient a récidivé après la fin du traitement du premier traitement et la poursuite de l'administration d'une chimiothérapie est appropriée; OU
• Le patient a complété au moins un protocole complet de traitement de chimiothérapie de départ et une intolérance à la chimiothérapie a été observée chez le patient.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 12 mois):
• Il n'y a pas de signe de progression de la maladie ou de développement de toxicité inacceptable au lénalidomide qui commande un arrêt de la thérapie.

3. Pour le traitement du patients nouvellement diagnostiqués de myélome multiple qui ne sont pas candidats à une greffe autologue de cellules souches
Critères pour une couverture initiale (l'approbation initiale est pour 12 mois):
• En traitement de première ligne pour les patients nouvellement diagnostiqués de myélome multiple qui ne sont pas admissibles à une greffe autologue de cellules souches; ET
• Pour une utilisation en association avec la dexaméthasone; ET
Dont le statut de performance selon l'ECOG est entre 0 à 2.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 12 mois):
• Il n'y a pas de signe de progression de la maladie ou de développement de toxicité inacceptable au lénalidomide qui commande un arrêt de la thérapie.

4. Pour le traitement du d'entretien des patients nouvellement diagnostiqués de myélome multiple à la suite d'une greffe autologue de cellules souches
Critères pour une couverture initiale (l'approbation initiale est pour 12 mois):
• Myélome multiple nouvellement diagnostiqué; ET
• La condition du patient est stable ou s'est améliorée sans signe de progression de la maladie après une greffe autologue de cellules souches.

La couverture fournie pour le lénalidomide est de 10 mg par jour pour la dose de départ. La couverture peut aussi couvrir des modifications de dose pouvant aller jusqu'à 15 mg par jour dépendant des caractéristiques et de la réponse du patient.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 12 mois):
• Il n'y a pas de signe de progression de la maladie ou de développement de toxicité inacceptable au lénalidomide qui commande un arrêt de la thérapie.

10MG CAPSULE

02304902 REVLIMID UNK

15MG CAPSULE

02317699 REVLIMID UNK

20MG CAPSULE

02440601 REVLIMID UNK

25MG CAPSULE

02317710 REVLIMID UNK

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

LENVATINIB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critères pour une couverture initiale de 4 mois pour le lenvatinib (Lenvima):
• Pour être utilisé en monothérapie pour le traitement de patients souffrant d'un cancer de la thyroïde différencié et en progression, qui est récurant localement ou avec métastase; ET
• Le cancer de la thyroïde différencié est réfractaire au traitement de l'iode radioactif; ET
• Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG* qui se situe entre 0 à 2; ET

Le patient répond aux critères d'admissibilité de l'essai clinique SELECT qui sont les suivants:
• Le cancer de la thyroïde différencié a été confirmé en pathologie (les patients qui ont un cancer anaplastique ou médullaire ne sont pas admissibles)
• Preuve d'une maladie réfractaire au traitement à l'iode-131 selon à au moins d'un des critères suivants:
- Une lésion mesurable sans apport d'iode sur aucune scintigraphie à iode-131
- Une lésion mesurable qui a progressé selon les critères RECIST à l'intérieur de 12 mois après une thérapie à l'iode-131 en dépit d'une avidité pour l'iode-131 au moment du traitement.
- La dose radioactive d'iode totale pour la durée de vie est plus élevée que 600 mCi (millicurie)
- Les radiologies montrent des preuves de progression dans les 13 derniers mois.
- Le patient n'a pas reçu d'inhibiteur de la tyrosine-kinase ou a reçu seulement un traitement d'inhibiteur de la tyrosine-kinase.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 4 mois):
Il n'y a pas de preuve objective de progression de la maladie.

10MG CAPSULE

02450321 LENVIMA EIS

14MG CAPSULE

02450313 LENVIMA EIS

20MG CAPSULE

02450305 LENVIMA EIS

24MG CAPSULE

02450291 LENVIMA EIS

NILOTINIB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critères pour une couverture initiale (approbation pour 12 mois):
Pour les patients adultes chez qui on vient de diagnostiquer une leucémie myéloïde chronique (LMC) et qui sont porteurs de chromosome de Philadelphie (Ph+);
OU
Pour les patients atteints de leucémie myéloïde chronique (Ph+) qui sont en phase d'accélération ou en phase chronique;
ET
• Patient démontre une progression de la maladie / résistance à l'imatinib; OU
• Intolérance documentée à un ITK antérieur par voie orale (imatinib, dasatinib ou bosutinib.

Critère pour un renouvellement de couverture (renouvellement pour 12 mois):
• Confirmation par le clinicien que le patient a présenté une réponse hématologique et / ou cytogénétique et devrait continuer à le faire ET n'a pas développé de toxicités inacceptables.

150MG CAPSULE

02368250 TASIGNA NVR

200MG CAPSULE

02315874 TASIGNA NVR

PALBOCICLIB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critères pour une couverture initiale (approbation pour 12 mois):
Destiné au traitement des femmes ménopausées atteintes d'un cancer du sein à un stade avancé, avec présence de récepteurs d'estrogènes et absence du récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (RE+/HER2−); ET
• Le patient n'a reçu aucun traitement contre la maladie métastatique (traitement de première intention); ET
• Le palbociclib sera utilisé en association avec un inhibiteur de l'aromatase; ET
• Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG* qui se situe entre 0 à 2; ET
• Le patient n'a pas manifesté de résistance** à un traitement néoadjuvant par inhibiteur de l'aromatase reçu antérieurement; ET
• Le patient ne présente pas de métastases actives ou non contrôlées au système nerveux central.

Critère pour un renouvellement de couverture (renouvellement pour 12 mois):
• Il n'y a pas de preuve de progression de la maladie.

75MG CAPSULE

02453150 IBRANCE PFI

100MG CAPSULE

02453169 IBRANCE PFI

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

PALBOCICLIB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critères pour une couverture initiale (approbation pour 12 mois):
Destiné au traitement des femmes ménopausées atteintes d'un cancer du sein à un stade avancé, avec présence de récepteurs d'estrogènes et absence du récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (RE+/HER2−); ET
• Le patient n'a reçu aucun traitement contre la maladie métastatique (traitement de première intention); ET
• Le palbociclib sera utilisé en association avec un inhibiteur de l'aromatase; ET
• Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG* qui se situe entre 0 à 2; ET
• Le patient n'a pas manifesté de résistance** à un traitement néoadjuvant par inhibiteur de l'aromatase reçu antérieurement; ET
• Le patient ne présente pas de métastases actives ou non contrôlées au système nerveux central.

Critère pour un renouvellement de couverture (renouvellement pour 12 mois):
• Il n'y a pas de preuve de progression de la maladie.

125MG CAPSULE

02453177 IBRANCE PFI

PAZOPANIB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Couverture initiale de 12 mois
Pour le traitement en première ligne d'un patient atteint d'un carcinome avancé ou avec des métastases à cellules claires; ET
Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG qui se situe entre 0 à 2.

Critères de renouvellement de couverture pour 12 mois.
Il n'y a pas de preuve objective de progression de la maladie.

200MG COMPRIMÉ

02352303 VOTRIENT NVR

PONATINIB (HYDROCHLORURE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critère pour une couverture initiale de six (6) mois:
• Pour le traitement des patients qui sont porteurs de la mutation T315i, indépendamment de l'administration d'une thérapie avec les inhibiteurs de la tyrosinekinase (TKI); OU
• Pour le traitement de dernier recours pour les patients qui sont intolérants ou qui ont des contre-indications à l'imatinib et aux autres TKI de seconde génération (dasatinib, nilotinib, bosutinib); OU
• Pour le traitement des patients qui sont dans une phase chronique d'une leucémie myéloïde et qui font face à l'échec d'au moins deux différents TKI se traduisant par une progression de la maladie. Iclusig serait une troisième option dans ces situations; OU
• Pour le traitement des patients qui sont dans une phase d'accélération ou en crise blastique d'une leucémie myéloïde chronique ou d'une leucémie lymphoblastique Ph+ qui ont eu un échec ou qui ont eu une progression de la maladie suite à au moins une thérapie avec un TKI de seconde génération; ET
• Le patient présente un statut de rendement ECOG de 0 à 2.
Nota: Les agents de seconde génération des TKI (dasatinib, dilotinib, bosutinib) ne sont pas couverts par le Programme après l'utilisation du ponatinib.

Critère d'évaluation aux six (6) mois:
• Pas d'évidence de progression de la maladie.

15MG COMPRIMÉ

02437333 ICLUSIG ARI

45MG COMPRIMÉ

02437341 ICLUSIG ARI

REGORAFENIB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critères pour une couverture initiale (approbation pour 6 mois)
• Destiné aux patients atteints d'une tumeur stromale gastro-intestinale (TSGI) qui ne répondent pas ou qui sont intolérants à un traitement à l'imatinib et au sunitinib; ET
• Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG qui se situe entre 0 à 1.
Nota : Le regorafenib ne sera pas couvert en même temps que l'imatinib ou le sunitinib.

Critère pour un renouvellement de couverture (renouvellement pour 12 mois):
• Il n'y a pas de preuve de progression de la maladie.

40MG COMPRIMÉ

02403390 STIVARGA BAY

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

RITUXIMAB

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

1. Pour le traitement de la POLYARTHRITE RHUMATOÏDE fortement évolutive.

La couverture initiale est offerte pour 24 semaines, à raison de 1 000 mg x 2 doses aux semaines 0 et 2.
- Le médicament est prescrit par un rhumatologue

Pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde évolutive grave chez les adultes ayant montré une réponse inadéquate ou ont eu des effets secondaires à un traitement avec un inhibiteur du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF). Le traitement doit être associé au méthotrexate. Rituximab ne doit pas être utilisé en association avec un anti-TNF.

Pour le prolongement de la couverture du rituximab au delà de la vingt quatrième semaine, le patient doit satisfaire à tous les critères suivants:
- Prescription initiale par un rhumatologue;

ET

Le patient a été évalué entre la vingtième et la vingt-quatrième semaine après le début du traitement par le rituximab et satisfait aux critères de réaction suivants:
- Réduction de > 20% du nombre d'articulations douloureuses et enflées; PLUS
- Amélioration de > 20% dans l'échelle d'appréciation globale du médecin; AVEC soit
- Amélioration de > 20% dans l'échelle d'appréciation globale du patient; OU
- Réduction de > 20% de la phase aiguë mesurée par la VS ou la protéine C-réactive.

2. Pour le traitement de LA GRANULOMATOSE AVEC POLYANGÉITE OU LA POLYANGÉITE MICROSCOPIQUE.

La couverture est offerte pour une dose de 375 mg/m2 de surface corporelle, administrée par perfusion IV une fois par semaine pendant quatre semaines.

Pour l'induction de la rémission chez les patients atteints de polyangéite microscopique ou de granulomatose avec polyangéite; ET
- Chez qui un traitement approprié par la cyclophosphamide a échoué; OU
- Chez qui la cyclophosphamide est contre-indiquée.

10MG/ML SOLUTION

02241927 RITUXAN HLR

RUXOLITINIB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

1. Pour le traitement de myélofibrose:

Pour une couverture initiale de 6 mois:
- Pour les symptômes présentants des risque intermédiaires à élevés de la myélofibrose tel que définis par le Dynamic International Prognostic Scoring System (DIPSS) Plus; OU
- Le patient souffre d'une splénomégalie symptomatique;

ET
- Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG* qui se situe entre 0 à 3; ET
- Le patient n'a pas déjà été traité OU est réfractaire à d'autres traitements.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 12 mois):
- Diminution du volume de la rate; OU
- Amélioration des symptômes de la maladie.

2. Pour le traitement de polycythémie vrai:

Pour une couverture initiale de 6 mois:
La maladie est résistante à l'hydroxyurée (HU) selon les critères de l'European LeukemiaNet, définis comme suit:
Après 3 mois d'un traitement d'au moins 2g/jour avec l'HU ou à la dose maximum tolérée, le patient a démontré:
- Le besoin d'une phlébotomie afin de garder l'hématocrite < 45%; OU
- Une myéloprolifération incontrôlée (plaquettes > 400x109/L et les globules blancs > 10x109/L); OU
- Il n'a pas été possible de diminuer l'importante splénomégalie > 50% mesurée à la palpation.

OU

Le patient est intolérant à l'HU selon les critères de l'European LeukemiaNet, définis comme suit:
Après l'administration de toutes doses d'HU, le patient a démontré:
- Un nombre absolu de neutrophiles < 1.0 x 109/L, ou de plaquettes < 100x109/L; OU
- L'hémoglobine < 100 g/L lorsque que la plus faible dose d'HU est donnée pour atteindre une réponse (la réponse est définie par un hématocrite < 45% sans phlébotomie, et/ou tous les indicateurs suivants : plaquettes ≤ 400x109/L , les globules blancs ≤ 10 x 109/L , et la rate est non palpable); OU
- La présence d'ulcères à la jambe ou autres toxicités non hématologiques reliées à l'HU qui ne sont pas acceptables tels que : manifestations mucocutanées, symptômes gastro-intestinaux, pneumonie ou fièvre, tel que définis dans la version 3.0 du Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) de niveau 3 ou 4 ou tel que définis dans la version 3.0 du CTCAE de niveau 2 de plus d'une semaine, ou par un arrêt définitif de l'HU ou par une interruption de l'HU jusqu'à ce que la toxicité soit résolue ou le patient est hospitalisé à cause de cette toxicité de l'HU.

ET
- Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG qui se situe entre 0 à 3.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 12 mois):
- Une réduction du volume de la rate; OU
- Une amélioration des symptômes de la maladie.

5MG COMPRIMÉ

02388006 JAKAVI NVR

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

RUXOLITINIB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

1. Pour le traitement de myélofibrose:

Pour une couverture initiale de 6 mois:
• Pour les symptômes présentants des risque intermédiaires à élevés de la myélofibrose tel que définis par le Dynamic International Prognostic Scoring System (DIPSS) Plus; OU
• Le patient souffre d'une splénomégalie symptomatique;
ET
• Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG* qui se situe entre 0 à 3; ET
• Le patient n'a pas déjà été traité OU est réfractaire à d'autres traitements.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 12 mois):
• Diminution du volume de la rate; OU
• Amélioration des symptômes de la maladie.

2. Pour le traitement de polycythémie vrai:

Pour une couverture initiale de 6 mois:
La maladie est résistante à l'hydroxyurée (HU) selon les critères de l'European LeukemiaNet, définis comme suit:
Après 3 mois d'un traitement d'au moins 2g/jour avec l'HU ou à la dose maximum tolérée, le patient a démontré:
• Le besoin d'une phlébotomie afin de garder l'hématocrite < 45%; OU
• Une myéloprolifération incontrôlée (plaquettes > 400x109/L et les globules blancs > 10x109/L); OU
• Il n'a pas été possible de diminuer l'importante splénomégalie > 50% mesurée à la palpation.
OU
Le patient est intolérant à l'HU selon les critères de l'European LeukemiaNet, définis comme suit:
Après l'administration de toutes doses d'HU, le patient a démontré:
• Un nombre absolu de neutrophiles < 1.0 x 109/L, ou de plaquettes < 100x109/L; OU
• L'hémoglobine < 100 g/L lorsque que la plus faible dose d'HU est donnée pour atteindre une réponse (la réponse est définie par un hématocrite < 45% sans phlébotomie, et/ou tous les indicateurs suivants : plaquettes ≤ 400x109/L , les globules blancs ≤ 10 x 109/L , et la rate est non palpable); OU
• La présence d'ulcères à la jambe ou autres toxicités non hématologiques reliées à l'HU qui ne sont pas acceptables tels que : manifestations mucocutanées, symptômes gastro-intestinaux, pneumonie ou fièvre, tel que définis dans la version 3.0 du Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) de niveau 3 ou 4 ou tel que définis dans la version 3.0 du CTCAE de niveau 2 de plus d'une semaine, ou par un arrêt définitif de l'HU ou par une interruption de l'HU jusqu'à ce que la toxicité soit résolue ou le patient est hospitalisé à cause de cette toxicité de l'HU.
ET
• Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG qui se situe entre 0 à 3.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 12 mois):
• Une réduction du volume de la rate; OU
• Une amélioration des symptômes de la maladie.

10MG COMPRIMÉ

02434814 JAKAVI NVR

15MG COMPRIMÉ

02388014 JAKAVI NVR

20MG COMPRIMÉ

02388022 JAKAVI NVR

SUNITINIB (MALATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critère pour une couverture initiale de six mois:
• Pour les patients avec tumeurs stromales gastro-intestinales métastasique/récurentes qui ont été prouvées histologiquement inopérables et qui n'ont pas répondu ou ne pouvaient tolérer un traitement avec imatinib.
Sunitinib ne sera pas couvert en même temps que l'imatinib.
OU
Critère pour une couverture initiale de 12 mois:
• Pour les tumeurs neuroendocrines pancréatiques bien ou modérément différenciées, non résécables, en progression et localement avancées ou métastatiques;
ET
• Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG* qui se situe entre 0 à 2.

Critère d'évaluation aux 12 mois:
• Pas d'évidence de progression de la maladie.

12.5MG CAPSULE

02280795 SUTENT PFI

25MG CAPSULE

02280809 SUTENT PFI

50MG CAPSULE

02280817 SUTENT PFI

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

TÉMOZOLOMIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients adultes atteints de glioblastome multiforme ou d'un astrocytome anaplasique, chez lesquels on a pu démontrer des évidences de récidive ou de progression de la maladie après traitement type (résection, radiothérapie et chimiothérapie).
Pour le traitement concomitant à la radiothérapie chez les adultes atteints d'un glioblastome multiforme nouvellement diagnostiqués, puis comme traitement d'entretien.

5MG CAPSULE

02441160	ACT TEMOZOLOMIDE	ACG
02443473	TARO-TEMOZOLOMIDE	TAR
02241093	TEMODAL	FRS

20MG CAPSULE

02395274	ACT TEMOZOLOMIDE	ACG
02443481	TARO-TEMOZOLOMIDE	TAR
02241094	TEMODAL	FRS

100MG CAPSULE

02395282	ACT TEMOZOLOMIDE	ACG
02443511	TARO-TEMOZOLOMIDE	TAR
02241095	TEMODAL	FRS

140MG CAPSULE

02395290	ACT TEMOZOLOMIDE	ACG
02413116	APO-TEMOZOLOMIDE	APX
02443538	TARO-TEMOZOLOMIDE	TAR
02312794	TEMODAL	FRS

250MG CAPSULE

02395312	ACT TEMOZOLOMIDE	ACG
02443554	TARO-TEMOZOLOMIDE	TAR
02241096	TEMODAL	FRS

TRAMETINIB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critères pour une couverture initiale de six mois pour le trametinib (Mekinist):
En traitement de première ligne et en monothérapie pour les patients souffrant de mélanomes métastatiques ou qui ont des mélanomes inopérables et en monothérapie; OU
En traitement de première ligne pour les patients souffrant de mélanomes métastatiques ou ont des mélanomes inopérables et en association avec le dabrafenib (Tafinlar)

ET pour les patients qui répondent aux critères suivants :
• Une mutation positive en BRAF V600 des mélanomes qui sont inopérables ou qui sont métastatiques a été documentée chez le patient; ET
• Le patient n'a pas de métastase au cerveau ou les métastases du cerveau sont asymptomatiques ou stables; ET
• Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG* qui se situe entre 0 à 1;
*ECOG = European Cooperative Oncology Group Status

ET
• Le patient n'a reçu aucun traitement au préalable.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 6 mois):
Il n'y a pas de preuve objective de progression de la maladie.

0.5MG COMPRIMÉ

02409623	MEKINIST	NVR

2MG COMPRIMÉ

02409658	MEKINIST	NVR

10:00.00 ANTINÉOPLASIQUES

VÉMURAFÉNIB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critères pour une couverture initiale de six mois pour le vemurafenib (Zelboraf):
En traitement de première ligne pour les patients souffrant de mélanomes métastatiques ou qui ont des mélanomes inopérables et en monothérapie; OU
En traitement de première ligne pour les patients souffrant de mélanomes métastatiques ou qui ont des mélanomes inopérables et en association avec le cobimetinib (Cotellic).

ET pour les patients qui répondent aux critères suivants:
• Une mutation positive en BRAF V600 des mélanomes qui sont inopérables ou qui sont métastatiques a été documentée chez le patient; ET
• Le patient n'a pas de métastases au cerveau ou les métastases du cerveau sont asymptomatiques ou stables; ET
• Le patient a reçu un statut de performance selon l'ECOG qui se situe entre 0 à 1.

Critères pour un renouvellement de la couverture (renouvellement pour 6 mois):
Il n'y a pas de preuve objective de progression de la maladie.

ST **240MG COMPRIMÉ**

02380242	ZELBORAF	HLR

12:00 MÉDICAMENTS DU SYSTÈME NERVEUX AUTONOME

12:04.00 PARASYMPATHOMIMÉTIQUES

DONÉPÉZIL (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour une couverture initiale de 12 mois pour les inhibiteurs de la cholinestérase:
• Un diagnostic de la maladie d'Alzheimer d'intensité légère à modérée; ET
• Le test: Le Mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam (MMSE) avec un résultat entre 10 et 26 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours; OU
• Le test: Montréal Cognitive Assessment (MoCA) avec un résultat entre 10 et 26 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours; OU
• Le test: L'Échelle de détérioration globale (Global Détérioration Scale (GDS) avec un résultat entre 4 et 6 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours.
Une couverture au-delà de 12 mois sera basée sur une amélioration ou stabilisation de la fonction cognitive, des habiletés ou du comportement.

Critères pour une couverture renouvelée aux intervalles de 12 mois:
• Une réponse cliniquement significative, déterminée par une stabilisation ou une amélioration lors de la thérapie; ET
• La maladie d'Alzheimer n'a pas progressé au stade 7 du GDS ou moins que 10 pour le MMSE ou pour le MoCA.

ST **5MG COMPRIMÉ**

02419866	ACCEL-DONEPEZIL	ACP
02397595	ACT DONEPEZIL	ACG
02362260	APO-DONEPEZIL	APX
02232043	ARICEPT	PFI
02400561	AURO-DONEPEZIL	AUR
02412853	BIO-DONEPEZIL	BMI
02402645	DONEPEZIL	ACC
02416417	DONEPEZIL	PDL
02420597	DONEPEZIL	SIV
02416948	JAMP-DONEPEZIL	JMP
02402092	MAR-DONEPEZIL	MAR
02467453	M-DONEPEZIL	MAN
02359472	MYLAN-DONEPEZIL	MYL
02439557	NAT-DONEPEZIL	NPH
02322331	PMS-DONEPEZIL	PMS
02381508	RAN-DONEPEZIL	RBY
02412918	RIVA-DONEPEZIL	RIV
02328666	SANDOZ DONEPEZIL	SDZ
02428482	SEPTA DONEPEZIL	SPT
02340607	TEVA-DONEPEZIL	TEV

ST **10MG COMPRIMÉ**

02419874	ACCEL-DONEPEZIL	ACP
02397609	ACT DONEPEZIL	ACG
02362279	APO-DONEPEZIL	APX
02232044	ARICEPT	PFI
02400588	AURO-DONEPEZIL	AUR

12:04.00 PARASYMPATHOMIMÉTIQUES

DONÉPÉZIL (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour une couverture initiale de 12 mois pour les inhibiteurs de la cholinestérase:
• Un diagnostic de la maladie d'Alzheimer d'intensité légère à modérée; ET
• Le test: Le Mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam (MMSE) avec un résultat entre 10 et 26 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours; OU
• Le test: Montréal Cognitive Assessment (MoCA) avec un résultat entre 10 et 26 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours; OU
• Le test: L'Échelle de détérioration globale (Global Détérioration Scale (GDS) avec un résultat entre 4 et 6 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours.
Une couverture au-delà de 12 mois sera basée sur une amélioration ou stabilisation de la fonction cognitive, des habiletés ou du comportement.

Critères pour une couverture renouvelée aux intervalles de 12 mois:
• Une réponse cliniquement significative, déterminée par une stabilisation ou une amélioration lors de la thérapie; ET
• La maladie d'Alzheimer n'a pas progressé au stade 7 du GDS ou moins que 10 pour le MMSE ou pour le MoCA.

10MG COMPRIMÉ

02412861	BIO-DONEPEZIL	BMI
02402653	DONEPEZIL	ACC
02416425	DONEPEZIL	PDL
02420600	DONEPEZIL	SIV
02416956	JAMP-DONEPEZIL	JMP
02402106	MAR-DONEPEZIL	MAR
02467461	M-DONEPEZIL	MAN
02439565	NAT-DONEPEZIL	NPH
02322358	PMS-DONEPEZIL	PMS
02381516	RAN-DONEPEZIL	RBY
02412934	RIVA-DONEPEZIL	RIV
02328682	SANDOZ DONEPEZIL	SDZ
02428490	SEPTA DONEPEZIL	SPT
02340615	TEVA-DONEPEZIL	TEV

GALANTAMINE (BROMHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour une couverture initiale de 12 mois pour les inhibiteurs de la cholinestérase:
• Un diagnostic de la maladie d'Alzheimer d'intensité légère à modérée; ET
• Le test: Le Mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam (MMSE) avec un résultat entre 10 et 26 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours; OU
• Le test: Montréal Cognitive Assessment (MoCA) avec un résultat entre 10 et 26 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours; OU
• Le test: L'Échelle de détérioration globale (Global Détérioration Scale (GDS) avec un résultat entre 4 et 6 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours.
Une couverture au-delà de 12 mois sera basée sur une amélioration ou stabilisation de la fonction cognitive, des habiletés ou du comportement.

Critères pour une couverture renouvelée aux intervalles de 12 mois:
• Une réponse cliniquement significative, déterminée par une stabilisation ou une amélioration lors de la thérapie; ET
• La maladie d'Alzheimer n'a pas progressé au stade 7 du GDS ou moins que 10 pour le MMSE ou pour le MoCA.

8MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02425157	AURO-GALANTAMINE ER	AUR
02443015	GALANTAMINE	SAN
02416573	GALANTAMINE ER	PDL
02420821	MAR-GALANTAMINE ER	MAR
02339439	MYLAN-GALANTAMINE ER	MYL
02316943	PAT-GALANTAMINE ER	KLA
02398370	PMS-GALANTAMINE ER	PMS
02377950	TEVA-GALANTAMINE ER	TEV

16MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02425165	AURO-GALANTAMINE ER	AUR
02443023	GALANTAMINE	SAN
02416581	GALANTAMINE ER	PDL
02420848	MAR-GALANTAMINE ER	MAR
02339447	MYLAN-GALANTAMINE ER	MYL
02316951	PAT-GALANTAMINE ER	KLA
02398389	PMS-GALANTAMINE ER	PMS
02377969	TEVA-GALANTAMINE ER	TEV

12:04.00 PARASYMPATHOMIMÉTIQUES

GALANTAMINE (BROMHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour une couverture initiale de 12 mois pour les inhibiteurs de la cholinestérase:
• Un diagnostic de la maladie d'Alzheimer d'intensité légère à modérée; ET
• Le test: Le Mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam (MMSE) avec un résultat entre 10 et 26 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours; OU
• Le test: Montréal Cognitive Assessment (MoCA) avec un résultat entre 10 et 26 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours; OU
• Le test: L'Échelle de détérioration globale (Global Détérioration Scale (GDS) avec un résultat entre 4 et 6 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours.
Une couverture au-delà de 12 mois sera basée sur une amélioration ou stabilisation de la fonction cognitive, des habiletés ou du comportement.

Critères pour une couverture renouvelée aux intervalles de 12 mois:
• Une réponse cliniquement significative, déterminée par une stabilisation ou une amélioration lors de la thérapie; ET
• La maladie d'Alzheimer n'a pas progressé au stade 7 du GDS ou moins que 10 pour le MMSE ou pour le MoCA.

ST 24MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02425173	AURO-GALANTAMINE ER	AUR
02443031	GALANTAMINE	SAN
02416603	GALANTAMINE ER	PDL
02420856	MAR-GALANTAMINE ER	MAR
02339455	MYLAN-GALANTAMINE ER	MYL
02316978	PAT-GALANTAMINE ER	KLA
02398397	PMS-GALANTAMINE ER	PMS
02377977	TEVA-GALANTAMINE ER	TEV

RIVASTIGMINE (TARTRATE HYDRO DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour une couverture initiale de 12 mois pour les inhibiteurs de la cholinestérase:
• Un diagnostic de la maladie d'Alzheimer d'intensité légère à modérée; ET
• Le test: Le Mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam (MMSE) avec un résultat entre 10 et 26 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours; OU
• Le test: Montréal Cognitive Assessment (MoCA) avec un résultat entre 10 et 26 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours; OU
• Le test: L'Échelle de détérioration globale (Global Détérioration Scale (GDS) avec un résultat entre 4 et 6 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours.
Une couverture au-delà de 12 mois sera basée sur une amélioration ou stabilisation de la fonction cognitive, des habiletés ou du comportement.

Critères pour une couverture renouvelée aux intervalles de 12 mois:
• Une réponse cliniquement significative, déterminée par une stabilisation ou une amélioration lors de la thérapie; ET
• La maladie d'Alzheimer n'a pas progressé au stade 7 du GDS ou moins que 10 pour le MMSE ou pour le MoCA.

ST 1.5MG CAPSULE

02336715	APO-RIVASTIGMINE	APX
02242115	EXELON	NVR
02401614	MED-RIVASTIGMINE	GMP
02305984	NOVO-RIVASTIGMINE	NOP
02306034	PMS-RIVASTIGMINE	PMS
02311283	RATIO-RIVASTIGMINE	TEV
02416999	RIVASTIGMINE	PDL
02324563	SANDOZ RIVASTIGMINE	SDZ

ST 3MG CAPSULE

02336723	APO-RIVASTIGMINE	APX
02242116	EXELON	NVR
02401622	MED-RIVASTIGMINE	GMP
02305992	NOVO-RIVASTIGMINE	NOP
02306042	PMS-RIVASTIGMINE	PMS
02311291	RATIO-RIVASTIGMINE	TEV
02417006	RIVASTIGMINE	PDL
02324571	SANDOZ RIVASTIGMINE	SDZ

ST 4.5MG CAPSULE

02336731	APO-RIVASTIGMINE	APX
02242117	EXELON	NVR
02401630	MED-RIVASTIGMINE	GMP
02306018	NOVO-RIVASTIGMINE	NOP
02306050	PMS-RIVASTIGMINE	PMS

12:04.00 PARASYMPATHOMIMÉTIQUES

RIVASTIGMINE (TARTRATE HYDRO DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour une couverture initiale de 12 mois pour les inhibiteurs de la cholinestérase:
• Un diagnostic de la maladie d'Alzheimer d'intensité légère à modérée; ET
• Le test: Le Mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam (MMSE) avec un résultat entre 10 et 26 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours; OU
• Le test: Montréal Cognitive Assessment (MoCA) avec un résultat entre 10 et 26 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours; OU
• Le test: L'Échelle de détérioration globale (Global Détérioration Scale (GDS) avec un résultat entre 4 et 6 et passé à l'intérieur des 60 derniers jours.
Une couverture au-delà de 12 mois sera basée sur une amélioration ou stabilisation de la fonction cognitive, des habiletés ou du comportement.

Critères pour une couverture renouvelée aux intervalles de 12 mois:
• Une réponse cliniquement significative, déterminée par une stabilisation ou une amélioration lors de la thérapie; ET
• La maladie d'Alzheimer n'a pas progressé au stade 7 du GDS ou moins que 10 pour le MMSE ou pour le MoCA.

ST 4.5MG CAPSULE

02311305	RATIO-RIVASTIGMINE	TEV
02417014	RIVASTIGMINE	PDL
02324598	SANDOZ RIVASTIGMINE	SDZ

ST 6MG CAPSULE

02336758	APO-RIVASTIGMINE	APX
02242118	EXELON	NVR
02401649	MED-RIVASTIGMINE	GMP
02306026	NOVO-RIVASTIGMINE	NOP
02306069	PMS-RIVASTIGMINE	PMS
02311313	RATIO-RIVASTIGMINE	TEV
02417022	RIVASTIGMINE	PDL
02324601	SANDOZ RIVASTIGMINE	SDZ

ST 2MG/ML SOLUTION

02245240	EXELON	NVR

12:08.08 ANTISPASMODIQUES / ANTIMUSCARINIQUES

ACLIDINIUM BROMIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les patients qui:
• n'ont pas répondu à un essai d'ipratropium; OU
• qui n'ont pas eu d'essai préalable d'ipratropium mais souffre d'une MPOC modérée à grave et qui est documentée par la spirométrie.

400MCG POUDRE

02409720	TUDORZA GENUAIR	AZC

GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les patients qui:
• n'ont pas répondu à un essai d'ipratropium; OU
• qui n'ont pas eu d'essai préalable d'ipratropium mais souffre d'une MPOC modérée à grave et qui est documentée par la spirométrie.

50MCG CAPSULE

02394936	SEEBRI BREEZHALER	NVR

INDACATÉROL MALÉATE, GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les patients qui ont:
• une MPOC modérée à grave et qui est documentée par la spirométrie; ET
• une réponse inadéquate aux agonistes beta-2 à longue durée (LABA) ou un antagoniste muscarinique à longue durée (LAMA).

110MCG & 50MCG CAPSULE

02418282	ULTIBRO BREEZHALER	NVR

TIOTROPIUM MONOHYDRATÉ (BROMURE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les patients atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) qui:
• n'ont pas répondu à un essai d'ipratropium; OU
• qui n'ont pas eu d'essai préalable d'ipratropium mais souffre d'une MPOC modérée à grave et qui est documentée par la spirométrie.

12:08.08 ANTISPASMODIQUES / ANTIMUSCARINIQUES

TIOTROPIUM MONOHYDRATÉ (BROMURE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les patients atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) qui:
• n'ont pas répondu à un essai d'ipratropium; OU
• qui n'ont pas eu d'essai préalable d'ipratropium mais souffre d'une MPOC modérée à grave et qui est documentée par la spirométrie.

18MCG CAPSULE

02246793 SPIRIVA BOE

2.5MCG SOLUTION

02435381 SPIRIVA RESPIMAT BOE

TRIMEBUTINE (MALEATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement et pour le soulagement des symptômes reliés au trouble fonctionnel gastro-intestinal incluant le syndrome du côlon irritable, le côlon spastique, la colite spasmodique et la colite muqueuse; OU
Lors d'un iléus paralytique postopératoire, en vue d'accélérer la reprise du transit intestinale suivant une chirurgie abdominale.

100MG COMPRIMÉ

02349027 AA-TRIMEBUTINE AAP
02245663 TRIMEBUTINE AAP

200MG COMPRIMÉ

02349035 AA-TRIMEBUTINE AAP
00803499 MODULON APC
02245664 TRIMEBUTINE AAP

UMECLIDINIUM (BROMURE D')

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les patients qui:
• n'ont pas répondu à un essai d'ipratropium; OU
• qui n'ont pas eu d'essai préalable d'ipratropium mais souffre d'une MPOC modérée à grave et qui est documentée par la spirométrie.

62.5MCG POUDRE

02423596 INCRUSE ELLIPTA GSK

UMECLIDINIUM (BROMURE D'), VILANTEROL

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les patients qui ont:
• une MPOC modérée à grave et qui est documentée par la spirométrie; ET
• une réponse inadéquate aux agonistes beta-2 à longue durée (LABA) ou un antagoniste muscarinique à longue durée (LAMA).

62.5MCG/25MCG POUDRE

02418401 ANORO ELLIPTA GSK

12:12.08 AGONISTES BÊTA ADRÉNERGIQUES

ACLIDINIUM BROMIDE, FORMOTÉROL (FUMARATE DIHYDRATÉ)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les patients qui ont:
• Une MPOC modérée à grave et qui est documentée par la spirométrie; ET
• Une réponse inadéquate aux agonistes beta-2 à longue durée (LABA) ou un antagoniste muscarinique à longue durée (LAMA).

400MCG & 12MCG POUDRE

02439530 DUAKLIR GENUAIR AZC

FLUTICASONE (FUROATE DE), VILANTEROL

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'asthme dont l'état n'est pas contrôlé adéquatement avec une dose moyenne d'un corticostéroïde en inhalation utilisé seul (par exemple le fluticasone à la dose de 251 ou 500 mcg par jour ou un équivalent), et qui nécessitent qu'un agoniste beta-2 à longue durée d'action soit ajouté. Les patients qui utilisent des produits en association doivent aussi avoir accès à un bronchodilatateur à courte action pour le soulagement de leur symptôme.
OU
Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les patients qui ont:
• une MPOC modérée à grave et qui est documentée par la spirométrie; OU
• une réponse inadéquate aux agonistes beta-2 à longue durée (LABA) ou à un antagoniste muscarinique à longue durée (LAMA).

12:12.08 AGONISTES BÊTA ADRÉNERGIQUES

FLUTICASONE (FUROATE DE), VILANTEROL

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'asthme dont l'état n'est pas contrôlé adéquatement avec une dose moyenne d'un corticostéroïde en inhalation utilisé seul (par exemple le fluticasone à la dose de 251 ou 500 mcg par jour ou un équivalent), et qui nécessitent qu'un agoniste beta-2 à longue durée d'action soit ajouté. Les patients qui utilisent des produits en association doivent aussi avoir accès à un bronchodilatateur à courte action pour le soulagement de leur symptôme.
OU
Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les patients qui ont:
• une MPOC modérée à grave et qui est documentée par la spirométrie; OU
• une réponse inadéquate aux agonistes beta-2 à longue durée (LABA) ou à un antagoniste muscarinique à longue durée (LAMA).

100MCG & 25MCG POUDRE

02408872 BREO ELLIPTA GSK

FLUTICASONE (FUROATE DE), VILANTEROL TRIFENATATE (ASTHMA)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'asthme dont l'état n'est pas contrôlé adéquatement avec une dose moyenne d'un corticostéroïde en inhalation utilisé seul (par exemple le fluticasone à la dose de 251 ou 500 mcg par jour ou un équivalent), et qui nécessitent qu'un agoniste beta-2 à longue durée d'action soit ajouté. Les patients qui utilisent des produits en association doivent aussi avoir accès à un bronchodilatateur à courte action pour le soulagement de leur symptôme.

200MCG & 25MCG POUDRE

02444186 BREO ELLIPTA GSK

FORMOTÉROL (FUMARATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'asthme chez les patients qui utilisent de façon optimale une thérapie de corticostéroïde inhalée et éprouvant des symptômes d'exacerbation nécessitant l'utilisation de broncho-dilatateur de début d'action rapide et de courte durée.
OU
Pour le traitement de la MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique) chez les patients dont les symptômes ne sont pas adéquatement maîtrisés avec l'ipratropium, le tiotropium ou un agent bêta2-agoniste à courte durée d'action.

12MCG/CAPSULE CAPSULE

02230898 FORADIL NVR

FORMOTÉROL (FUMARATE DIHYDRATÉ)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'asthme chez les patients qui utilisent de façon optimale une thérapie de corticostéroïde inhalée et éprouvant des symptômes d'exacerbation nécessitant l'utilisation de broncho-dilatateur à action rapide et de courte durée.

6MCG/DOSE POUDRE

02237225 OXEZE TURBUHALER AZC

12MCG/DOSE POUDRE

02237224 OXEZE TURBUHALER AZC

FORMOTÉROL (FUMARATE DIHYDRATÉ), BUDÉSONIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'asthme dont l'état n'est pas contrôlé adéquatement avec une dose moyenne d'un corticostéroïde en inhalation utilisé seul (par exemple le fluticasone à la dose de 251 ou 500 mcg par jour ou un équivalent), et qui nécessitent qu'un agoniste beta-2 à longue durée d'action soit ajouté. Les patients qui utilisent des produits en association doivent aussi avoir accès à un bronchodilatateur à courte action pour le soulagement de leur symptôme.
OU
Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les patients qui ont:
• une MPOC modérée à grave et qui est documentée par la spirométrie; OU
• une réponse inadéquate aux agonistes beta-2 à longue durée (LABA) ou à un antagoniste muscarinique à longue durée (LAMA).

6MCG & 100MCG/INHALATION POUDRE

02245385 SYMBICORT 100 TURBUHALER AZC

6MCG & 200MCG/INHALATION POUDRE

02245386 SYMBICORT 200 TURBUHALER AZC

FORMOTÉROL (FUMARATE DIHYDRATÉ), MOMÉTASONE (FUROATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'asthme chez les patients qui utilisent de façon optimale une thérapie de corticostéroïde inhalée et éprouvant des symptômes d'exacerbation nécessitant l'utilisation de broncho-dilatateur à action rapide et de courte durée.

5MCG & 100MCG/INHALATION AÉROSOL

02361752 ZENHALE FRS

12:12.08 AGONISTES BÊTA ADRÉNERGIQUES

FORMOTÉROL (FUMARATE DIHYDRATÉ), MOMÉTASONE (FUROATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'asthme chez les patients qui utilisent de façon optimale une thérapie de corticostéroïde inhalée et éprouvant des symptômes d'exacerbation nécessitant l'utilisation de broncho-dilatateur à action rapide et de courte durée.

5MCG & 200MCG/INHALATION AÉROSOL

02361760 ZENHALE FRS

5MCG & 50MCG/INHALATION AÉROSOL

02361744 ZENHALE FRS

INDACATÉROL MALÉATE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les patients qui:
• dont les symptômes ne sont pas adéquatement maitrisés avec l'ipratropium, le tiotropium ou un agent bêta2-agoniste à courte durée d'action; OU1
• une MPOC modérée à grave et qui est documentée par la spirométrie.

75MCG CAPSULE

02376938 ONBREZ BREEZHALER NVR

OLODATEROL (CHLORHYDRATE DE), TIOTROPIUM MONOHYDRATÉ (BROMURE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les patients qui ont:
• une MPOC modérée à grave et qui est documentée par la spirométrie; ET
• une réponse inadéquate aux agonistes beta-2 à longue durée (LABA) ou un antagoniste muscarinique à longue durée (LAMA).

2.5MCG & 2.5MCG SOLUTION

02441888 INSPIOLTO RESPIMAT BOE

SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'asthme chez les patients qui utilisent de façon optimale une thérapie de corticostéroïde inhalée et éprouvant des symptômes d'exacerbation nécessitant l'utilisation de broncho-dilatateur de début d'action rapide et de courte durée.
OU
Pour le traitement de la MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique) chez les patients dont les symptômes ne sont pas adéquatement maitrisés avec l'ipratropium, le tiotropium ou un agent bêta2-agoniste à courte durée d'action.

50MCG/INHALATION POUDRE

02214261 SEREVENT DISKHALER GSK

02231129 SEREVENT DISKUS GSK

SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE), FLUTICASONE (PROPIONATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

• Pour le traitement de l'asthme dont l'état n'est pas contrôlé adéquatement avec une dose moyenne d'un corticostéroïde en inhalation utilisé seul (par exemple le fluticasone à la dose de 251 ou 500 mcg par jour ou un équivalent), et qui nécessitent qu'un agoniste beta-2 à longue durée d'action soit ajouté. Les patients qui utilisent des produits en association doivent aussi avoir accès à un bronchodilatateur à courte action pour le soulagement de leur symptôme.
OU
Pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les patients qui ont:
• une MPOC modérée à grave et qui est documentée par la spirométrie; OU
• une réponse inadéquate aux agonistes beta-2 à longue durée (LABA) ou à un antagoniste muscarinique à longue durée (LAMA).

25MCG & 125MCG AÉROSOL

02245126 ADVAIR 125 GSK

25MCG & 250MCG AÉROSOL

02245127 ADVAIR 250 GSK

50MCG & 100MCG POUDRE

02240835 ADVAIR 100 DISKUS GSK

50MCG & 250MCG POUDRE

02240836 ADVAIR 250 DISKUS GSK

50MCG & 500MCG POUDRE

02240837 ADVAIR 500 DISKUS GSK

12:20.04 RELAXANTS DES MUSCLES SQUELETTIQUES À ACTION CENTRALE

CYCLOBENZAPRINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Ce médicament est indiqué pour le soulagement de la douleur, en traitement aigu, des spasmes musculaires de l'appareil locomoteur. Le médicament sera couvert pour une dose totale de 60mg par jour, pour une période maximale de trois (3) semaines renouvelable aux deux (2) mois.

ST 10MG COMPRIMÉ

02177145	APO-CYCLOBENZAPRINE	APX
02348853	AURO-CYCLOBENZAPRINE	AUR
02220644	CYCLOBENZAPRINE	PDL
02287064	CYCLOBENZAPRINE	SAN
02424584	CYCLOBENZAPRINE	SIV
02238633	DOM-CYCLOBENZAPRINE	DPC
02357127	JAMP-CYCLOBENZAPRINE	JMP
02231353	MYLAN-CYCLOBENZAPRINE	MYL
02212048	PMS-CYCLOBENZAPRINE	PMS
02242079	RIVA-CYCLOBENZAPRINE	RIV
02080052	TEVA-CYCLOBENZAPRINE	TEV

TIZANIDINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la spasticité chez les patients souffrant de sclérose en plaques qui n'ont pas obtenu de bons résultats avec le baclofen ou qui sont incapables de tolérer ce produit.

4MG COMPRIMÉ

02239170	PAL-TIZANIDINE	PAL
02259893	TIZANIDINE	AAP

12:92.00 DIVERS MÉDICAMENTS DU SYSTÈME NERVEUX AUTONOME

NICOTINE (GOMME À MÂCHER)

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Auxiliaire temporaire au tabagisme:
Le produit sera fourni en quantité pouvant aller jusqu'à 945 gommes à mâcher ou pastilles sur une période d'une année. La période d'un an débute le jour de la première ordonnance. Lorsque la quantité de 945 gommes à mâcher ou pastilles sera atteinte, le client sera de nouveau admissible pour la gomme ou les pastilles à la nicotine lorsqu'une année se sera écoulée depuis le jour où l'ordonnance initiale a été remplie.

ST 2MG GOMME À MÂCHER

80015240	GOMME NICOTINE POLACRILEX RUGBY	ACG
80000396	GOMME THRIVE	GSK
02091933	NICORETTE GOMME	KIM

ST 4MG GOMME À MÂCHER

80000118	GOMME NICOTINE	PER
80000402	GOMME THRIVE	NVC
02091941	NICORETTE GOMME	KIM

NICOTINE (INHALATEUR)

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Auxiliaire temporaire au tabagisme:
Le produit sera fourni en quantité pouvant aller jusqu'à 945 sur une période d'une année. La période d'un an débute le jour de la première ordonnance. Lorsque la quantité de 945 gommes à mâcher ou pastilles sera atteinte, le client sera de nouveau admissible pour la gomme ou les pastilles à la nicotine lorsqu'une année se sera écoulée depuis le jour où l'ordonnance initiale a été remplie.

ST 10MG VAPORISATEUR

02241742	INHALATEUR NICORETTE	KIM

12:92.00 DIVERS MÉDICAMENTS DU SYSTÈME NERVEUX AUTONOME

NICOTINE (PASTILLE)

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Auxiliaire temporaire au tabagisme:
Le produit sera fourni en quantité pouvant aller jusqu'à 945 gommes à mâcher ou pastilles sur une période d'une année. La période d'un an débute le jour de la première ordonnance. Lorsque la quantité de 945 gommes à mâcher ou pastilles sera atteinte, le client sera de nouveau admissible pour la gomme ou les pastilles à la nicotine lorsqu'une année se sera écoulée depuis le jour où l'ordonnance initiale a été remplie.

SI 1MG PASTILLE

80007461 PASTILLES NICOTINE THRIVE NVC

SI 2MG PASTILLE

02247347 PASTILLES NICORETTE KIM
80007464 PASTILLES NICOTINE THRIVE NVC

SI 4MG PASTILLE

02247348 PASTILLES NICORETTE KIM

NICOTINE (TIMBRE CUTANÉ)

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Auxiliaire temporaire au tabagisme:
Les timbres à la nicotine seront fournis en quantité pouvant aller jusqu'au nombre spécifié plus bas selon le produit, sur une période d'une année. La période d'un an débute le jour de la première ordonnance.
Les clients du Programme des SSNA peuvent recevoir:
- jusqu'à 252 timbres de nicotine par période de 12 mois de n'importe quelles marques qui figurent à la liste de médicaments; ET
- UN traitement au moyen d'un produit de remplacement de la nicotine pris selon les besoins (gomme à mâcher, pastilles ou inhalateur) par période de 12 mois; ET
- jusqu'à 180 comprimés de Zyban par période de 12 mois; ET
- jusqu'à 165 comprimés de Champix par période de 12 mois.

Lorsque cette quantité sera atteinte, le client sera de nouveau admissible pour les timbres à la nicotine lorsqu'une année se sera écoulée depuis le jour où l'ordonnance initiale a été remplie.

SI 5MG TIMBRE CUTANÉ

02028697 NICOTROL TIMBRE UNK

SI 7MG TIMBRE CUTANÉ

01943057 HABITROL NVC
80044393 TIMBRE NICOTINE ACG

SI 10MG TIMBRE CUTANÉ

02029405 NICOTROL TIMBRE UNK

SI 14MG TIMBRE CUTANÉ

01943065 HABITROL NVC
80013549 TIMBRE NICOTINE ADD
80044392 TIMBRE NICOTINE ACG

SI 15MG TIMBRE CUTANÉ

02029413 NICOTROL TIMBRE UNK

SI 18MG TIMBRE CUTANÉ

02241227 TRANSDERMAL NICOTINE PATCHDAY NVC

SI 21MG TIMBRE CUTANÉ

01943073 HABITROL NVC
80014250 TIMBRE NICOTINE ADD
80044389 TIMBRE NICOTINE ACG

SI 35MG TIMBRE CUTANÉ

02241226 TRANSDERMAL NICOTINE PATCHDAY NVC

SI 36MG TIMBRE CUTANÉ

02093111 NICODERM TIMBRE KIM

SI 53MG TIMBRE CUTANÉ

02241228 TRANSDERMAL NICOTINE PATCHDAY NVC

12:92.00 DIVERS MÉDICAMENTS DU SYSTÈME NERVEUX AUTONOME

NICOTINE (TIMBRE CUTANÉ)

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Auxiliaire temporaire au tabagisme:
Les timbres à la nicotine seront fournis en quantité pouvant aller jusqu'au nombre spécifié plus bas selon le produit, sur une période d'une année. La période d'un an débute le jour de la première ordonnance.
Les clients du Programme des SSNA peuvent recevoir:
- jusqu'à 252 timbres de nicotine par période de 12 mois de n'importe quelles marques qui figurent à la liste de médicaments; ET
- UN traitement au moyen d'un produit de remplacement de la nicotine pris selon les besoins (gomme à mâcher, pastilles ou inhalateur) par période de 12 mois; ET
- jusqu'à 180 comprimés de Zyban par période de 12 mois; ET
- jusqu'à 165 comprimés de Champix par période de 12 mois.

Lorsque cette quantité sera atteinte, le client sera de nouveau admissible pour les timbres à la nicotine lorsqu'une année se sera écoulée depuis le jour où l'ordonnance initiale a été remplie.

ST **78MG TIMBRE CUTANÉ**

02093138 NICODERM TIMBRE KIM

ST **114MG TIMBRE CUTANÉ**

02093146 NICODERM TIMBRE KIM

VARENICLINE (TARTRATE DE)

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Le produit sera fourni en quantité pouvant aller jusqu'à 165 comprimés sur une période d'une année. La période d'un an débute le jour de la première ordonnance. Lorsque la quantité de 165 comprimés sera atteinte, le bénéficiaire sera de nouveau admissible au traitement au varénicline (Champix®) lorsqu'une année se sera écoulée depuis le jour où l'ordonnance initiale a été remplie.

ST **0.5MG COMPRIMÉ**

02291177 CHAMPIX PFI

ST **0.5MG & 1MG COMPRIMÉ**

02298309 CHAMPIX TROUSSE DE DÉPART PFI

ST **1MG COMPRIMÉ**

02291185 CHAMPIX PFI

20:00 FORMATION ET COAGULATION SANGUINE ET THROMBOSE

20:04.04 PRÉPARATIONS DE FER

POLYSACCHARIDE COMPLEXE-FER

Médicament à usage restreint (autorisation préalable non nécessaire).

Pour les enfants de 12 ans et moins.

15MG POUDRE

80033717 FERAMAX POWDER WATER SOLUBLE POLYSACCHARIDE IRON COMPLEX BSY

20:12.04 ANTICOAGULANTS

APIXABAN

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour la prévention de l'accident vasculaire cérébral (AVC) et de l'embolie systémique chez les patients à risque (un score CHADS2 de ≥1) qui présentent une fibrillation auriculaire non valvulaire ET qui sont dans l'une des situations suivantes:
• Un traitement anticoagulant s'est avéré non efficace (résultats de mesure du RIN se situent en dehors de l'intervalle souhaité dans au moins 35% des mesures réalisées pendant la période de suivi) au bout d'un essai de deux mois avec la warfarine; OU
• Le traitement anticoagulant à la warfarine est contre indiqué; OU
• Le traitement anticoagulant à la warfarine n'est pas possible en raison d'une incapacité à suivre régulièrement l'état du patient au moyen de mesures du rapport international normalisé (RIN) (c.-à-d. aucun accès à des services de mesure du RIN dans un laboratoire, une clinique, une pharmacie ou à domicile).

OU

Pour le traitement de la thrombose veineuse profonde (TVP) OU embolie pulmonaire (EP).

ST **2.5MG COMPRIMÉ**

02377233 ELIQUIS BMS

ST **5MG COMPRIMÉ**

02397714 ELIQUIS BMS

20:12.04 ANTICOAGULANTS

DABIGATRAN ETEXILATE MESILATE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour la prévention de l'accident vasculaire cérébral (AVC) et de l'embolie systémique chez les patients à risque (un score CHADS2 de ≥1) qui présentent une fibrillation auriculaire non valvulaire ET qui sont dans l'une des situations suivantes:
• Un traitement anticoagulant s'est avéré non efficace (résultats de mesure du RIN se situent en dehors de l'intervalle souhaité dans au moins 35% des mesures réalisées pendant la période de suivi) au bout d'un essai de deux mois avec la warfarine; OU
• Le traitement anticoagulant à la warfarine est contre indiqué; OU
• Le traitement anticoagulant à la warfarine n'est pas possible en raison d'une incapacité à suivre régulièrement l'état du patient au moyen de mesures du rapport international normalisé (RIN) (c.-à-d. aucun accès à des services de mesure du RIN dans un laboratoire, une clinique, une pharmacie ou à domicile).

ST **110MG CAPSULE**

02312441 PRADAXA BOE

ST **150MG CAPSULE**

02358808 PRADAXA BOE

RIVAROXABAN

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critères concernant le rivaroxaban en comprimés de 15 mg et de 20 mg (Xarelto), prescrit pour la prévention de l'accident vasculaire cérébral en présence de fibrillation auriculaire (SPAF)
Pour la prévention de l'accident vasculaire cérébral (AVC) et de l'embolie systémique chez les patients à risque (un score CHADS2 de ≥1) qui présentent une fibrillation auriculaire non valvulaire ET qui sont dans l'une des situations suivantes:
• Un traitement anticoagulant s'est avéré non efficace (résultats de mesure du RIN se situent en dehors de l'intervalle souhaité dans au moins 35% des mesures réalisées pendant la période de suivi) au bout d'un essai de deux mois avec la warfarine; OU
• Un traitement anticoagulant à la warfarine est contre indiqué; Veuillez préciser; OU
• Un traitement anticoagulant n'est pas possible en raison d'une incapacité à suivre régulièrement l'état du patient au moyen de dosages du rapport international normalisé (RIN) (c. à d. aucun accès à des services de dosage du RIN dans un laboratoire, dans une clinique, dans une pharmacie ou à domicile)

Critères concernant le rivaroxaban en comprimés de 15 mg et de 20 mg (Xarelto)
Pour le traitement de la thrombose veineuse profonde (TVP) OU embolie pulmonaire (EP).

ST **10MG COMPRIMÉ**

02316986 XARELTO BAY

ST **15MG COMPRIMÉ**

02378604 XARELTO BAY

ST **20MG COMPRIMÉ**

02378612 XARELTO BAY

20:16.00 HÉMATOPOÏÉTIQUES

PEGFILGRASTIM

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

APPUI À LA CHIMIOTHÉRAPIE

Prophylaxie de première intention
Utilisation chez des patients n'ayant jamais été traités qui reçoivent une chimiothérapie modérément ou hautement myélosuppressive (c.-à-d. incidence de la neutropénie fébrile ≥ 40%). La neutropénie fébrile est définie comme une température ≥ 38,5 °C ou > 38,0 °C à trois reprises dans une période de 24 heures et une neutropénie caractérisée par une numération absolue des neutrophiles (NAN) < 0,5 x 109/L.

Prophylaxie de deuxième intention
Utilisation chez les patients recevant une chimiothérapie myélosuppressive qui ont eu un épisode de sepsis neutropénique fébrile ou de neutropénie profonde lors d'un cycle antérieur de chimiothérapie; OU
Utilisation chez les patients dont la dose a été réduite ou dont l'administration du traitement a été reportée de plus d'une semaine en raison d'une neutropénie.

La dose recommandée de pegfilgrastim est une injection sous-cutanée unique de 6 mg, administrée une fois par cycle de chimiothérapie. Le pegfilgrastim doit être administré au moins 24 heures après l'administration d'une chimiothérapie cytotoxique.

10MG/ML SOLUTION

02249790 NEULASTA AMG

20:16.00 HÉMATOPOÏÉTIQUES

PLERIXAFOR

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour une utilisation en association avec le filgrastim en vue d'une mobilisation des cellules souches hématopoïétiques dans le but d'une transplantation autogénique future pour un patient qui souffre de:
• Lymphome non hodgkinien (LNH); OU
• Myélome multiple (MM);
ET
• Le Mozobil est prescrit par un oncologiste ou un hématologue.

ET les conditions suivantes sont remplies:
• Le compte des cellules PBCD34+ < 10 cellules/uL après 4 jours de filgrastim; OU
• Moins de 50% du niveau cible de CD34 est atteint au premier jour de l'aphérèse (après une mobilisation avec le filgrastim seul ou suivant une chimiothérapie);
OU
• Dans le cas où il y a eu un échec de mobilisation avec le filgrastim seul ou suivant une chimiothérapie.

Le remboursement sera limité à un maximum de 4 doses (0.24mg/kg donnée par jour) pour une seule tentative de mobilisation.
La dose maximum pour une couverture de Mozobil est 40 mg par jour.

20MG SOLUTION

02377225 MOZOBIL SAC

24:00 MÉDICAMENTS CARDIOVASCULAIRES

24:06.24

EVOLOCUMAB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critères pour une couverture initiale (approbation pour 12 semaines):
Pour les patients adultes atteints d'hypercholestérolémie familiale (HF) hétérozygote qui nécessitent une diminution supplémentaire du cholestérol des lipoprotéines de faible densité (C-LDL) si les critères cliniques suivants sont respectés:
• Diagnostic définitif ou probable de HF hétérozygote en utilisant les critères de Simon Broome ou Dutch Lipid Network ou des tests génétiques; ET
• Le patient est incapable d'atteindre une cible C-LDL <2,0 mmol / L pour la prévention secondaire des MCV, ou au moins une réduction de 50% du C-LDL à partir du taux de base non traité pour la prévention primaire malgré:
- Confirmation de la compliance à une statine à forte dose (par exemple, l'atorvastatine 80 mg ou la rosuvastatine 40 mg) en association avec l'ézétimibe pendant au moins 3 mois de traitement continu;
OU
- Le patient est incapable de tolérer au moins deux statines, au moins une statine étant amorcée à la dose initiale quotidienne la plus faible; ET
- Pour chaque statine (deux statines au total), une réduction de dose a été tentée pour résoudre une myopathie intolérable ou une créatine kinase > 5 fois la limite supérieure de la normale plutôt que l'arrêt des statines; ET
- Pour chaque statine (deux statines au total), une myopathie intolérable ou une créatine kinase> 5 fois la limite supérieure de la normale a été inversée lors de l'arrêt de la statine, mais réapparue avec la reprise de statine lorsque cela était cliniquement approprié; ET
- Confirmation de l'adhérence à l'ézétimibe pendant au moins 3 mois de traitement continu; ET
- D'autres déterminants connus de symptômes intolérables ou de biomarqueurs anormaux ont été éliminés;
OU
- Le patient a développé une rhabdomyolyse confirmée et documentée;
OU
- Le patient a une contre-indication aux statines; ET
- Confirmation de la compliance à l'ézétimibe pendant au moins 3 mois de traitement continu.

Remarque: La couverture annuelle est limitée à 26 auto-injecteurs préremplis (140 mg toutes les 2 semaines) ou 12 mini-doseurs automatiques avec des cartouches préremplies (420 mg une fois par mois).

Critère pour un renouvellement de couverture (renouvellement pour 6 mois):
• Patient est compliant au traitement;
ET
• Patient a atteint une diminution des C-LDL d'au moins 40% du taux de base.

Remarque: La couverture annuelle est limitée à 26 auto-injecteurs préremplis (140 mg toutes les 2 semaines) ou 12 minidoseurs automatiques avec des cartouches préremplies (420 mg une fois par mois).

120MG SOLUTION

02459779 REPATHA AMG

140MG SOLUTION

02446057 REPATHA AMG

24:12.12 INHIBITEURS PHOSPHODIESTÉRASE

SILDÉNAFIL (CITRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

La thérapie doit être initiée par un spécialiste en hypertension artérielle pulmonaire

Patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) de classe fonctionnelle III selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), idiopathique (c'est-à-dire primaire), ou associée à une condition congénitale ou un problème de santé systémique (p. ex. maladie du tissu conjonctif) et confirmée par cathétérisme cardiaque droit.

ST **20MG COMPRIMÉ**

02418118	APO-SILDENAFIL R	APX
02412179	PMS-SILDENAFIL R	PMS
02279401	REVATIO	PFI
02319500	TEVA-SILDENAFIL R	TEV

TADALAFIL

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

La thérapie doit être initiée par un spécialiste en hypertension artérielle pulmonaire

Patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) de classe fonctionnelle III selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), idiopathique (c'est-à-dire primaire), ou associée à une condition congénitale ou un problème de santé systémique (p. ex. maladie du tissu conjonctif) et confirmée par cathétérisme cardiaque droit.

ST **20MG COMPRIMÉ**

02338327	ADCIRCA	LIL
02421933	APO-TADALAFIL PAH	APX

24:12.92 DIVERS VASODILATATEURS

AMBRISENTAN

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

La dose maximale approuvée est 10mg par jour.

Patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) de classe fonctionnelle III selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), idiopathique (c'est-à-dire primaire), ou associée à une condition congénitale ou un problème de santé systémique (p. ex. maladie du tissu conjonctif) et confirmée par cathétérisme cardiaque droit; ET
• dont la maladie ne répond pas au traitement par le sildénafil OU le tadalafil; OU
• pour lequel le sildénafil OU le tadalafil est contre-indiqué.

ST **5MG COMPRIMÉ**

02307065	VOLIBRIS	GSK

ST **10MG COMPRIMÉ**

02307073	VOLIBRIS	GSK

BOSENTAN MONOHYDRATE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

La dose maximale approuvée est 125mg deux fois par jour.

Patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) de classe fonctionnelle III selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), idiopathique (c'est-à-dire primaire), ou associée à une condition congénitale ou un problème de santé systémique (p. ex. maladie du tissu conjonctif) et confirmée par cathétérisme cardiaque droit; ET
• dont la maladie ne répond pas au traitement par le sildénafil OU le tadalafil OU;
• pour lequel le sildénafil OU le tadalafil est contre-indiqué.

ST **62.5MG COMPRIMÉ**

02386194	ACT BOSENTAN	ACG
02399202	APO-BOSENTAN	APX
02383497	MYLAN-BOSENTAN	MYL
02383012	PMS-BOSENTAN	PMS
02386275	SANDOZ BOSENTAN	SDZ
02398400	TEVA-BOSENTAN	TEV
02244981	TRACLEER	ACN

ST **125MG COMPRIMÉ**

02386208	ACT BOSENTAN	ACG
02383500	MYLAN-BOSENTAN	MYL

24:12.92 DIVERS VASODILATATEURS

BOSENTAN MONOHYDRATE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

La dose maximale approuvée est 125mg deux fois par jour.

Patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) de classe fonctionnelle III selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), idiopathique (c'est-à-dire primaire), ou associée à une condition congénitale ou un problème de santé systémique (p. ex. maladie du tissu conjonctif) et confirmée par cathétérisme cardiaque droit; ET
• dont la maladie ne répond pas au traitement par le sildénafil OU le tadalafil OU;
• pour lequel le sildénafil OU le tadalafil est contre-indiqué.

ST **125MG COMPRIMÉ**

02383020	PMS-BOSENTAN	PMS
02386283	SANDOZ BOSENTAN	SDZ
02244982	TRACLEER	ACN

24:32.20 ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS MINÉRALOCORTICOÏDE (ALDOSTÉRONE)

ÉPLÉRÉNONE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients qui répondent aux critères de la classe II de la New York Heart Association (NYHA) présentant des signes d'insuffisance cardiaque et de dysfonction systolique ventriculaire gauche (fraction d'éjection égale ou supérieur à 35%). L'éplérénone est ajouté à une thérapie standard.

Nota: Les patients doivent recevoir un traitement optimal incluant un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA) et un bêta-bloquant (à moins d'être contre-indiqué) à une dose recommandée ou à une dose maximale tolérée.

25MG COMPRIMÉ

02323052	INSPRA	PFI

50MG COMPRIMÉ

02323060	INSPRA	PFI

24:32.92

VALSARTAN, SACUBITRIL

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients qui répondent aux critères de la classe II ou III de la New York Heart Association (NYHA) présentant des signes d'insuffisance cardiaque et si les critères suivants s'appliquent:
• Seulement un médecin expérimenté dans le traitement de l'insuffisance cardiaque peut prescrire le médicament; ET
• La fraction d'éjection est inférieur à 40%; ET
• Les symptômes du patient reliés à la classe II ou III de la NYHA sont présents en dépit d'un traitement avec les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine de l'angiotensine (ARA); OU Si votre patient a une intolérance ou une contre-indication.
ET
• Entresto doit être utilisé en association avec un bêta-bloquant et un antagoniste de l'aldostérone (s'il est toléré); OU Si votre patient a une intolérance ou une contre-indication aux bêta-bloquants et aux antagonistes de l'aldostérone.

26MG & 24MG COMPRIMÉ

02446928	ENTRESTO	NVR

51MG & 49MG COMPRIMÉ

02446936	ENTRESTO	NVR

103MG & 97MG COMPRIMÉ

02446944	ENTRESTO	NVR

28:00 MÉDICAMENTS DE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

28:08.04 ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS

ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

ASA 80mg ne sont fournies qu'aux les bénéficiaires âgés de 21 ans ou moins afin que ce médicament puisse être utilisé pour traiter les maladies infantiles (p. ex., le syndrome de Kawasaki).

ST **80MG COMPRIMÉ**

02269139	JAMP-AAS	JMP
02295563	LOWPRIN	EUR
02202360	RIVASA	RIV

28:08.04 ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS

ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

ASA 80mg ne sont fournies qu'aux les bénéficiaires âgés de 21 ans ou moins afin que ce médicament puisse être utilisé pour traiter les maladies infantiles (p. ex., le syndrome de Kawasaki).

[ST] **80MG COMPRIMÉ (CROQUABLE)**

02280167	AAS COMPRIMÉ	ODN
02009013	ASAPHEN	PMS
02250675	EURO-AAS	EUR
02296004	LOWPRIN	SDZ
02429950	M-AAS	MAN
02311518	PRO-AAS	PDL
02202352	RIVASA	RIV

[ST] **80MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)**

02427176	AAS EC	SAN
02238545	ASAPHEN	PMS
02283905	JAMP-AAS	JMP
02311496	PRO-AAS	PDL

DICLOFENAC SODIQUE (TOPIQUE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'arthrose:
- chez le patient dont la douleur n'est pas soulagée avec l'acétaminophène ET avec un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS); OU
- lorsque le patient a une contre-indication à l'acétaminophène ET à un AINS. Veuillez décrire la contre-indication; OU
- lorsque le patient a une intolérance à l'acétaminophène ET à un AINS.

[ST] **1.5% SOLUTION**

02354403	APO-DICLOFENAC	APX
02434571	DICLOFÉNAC TOPIQUE	RAX
02356783	PMS-DICLOFENAC	PMS
02420988	TARO-DICLOFENAC	TAR

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS

ACÉTAMINOPHÈNE, CAFÉINE CITRATE, CODÉINE (PHOSPHATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Pour des raisons de sécurité, le Programme des SSNA a une limite de dose pour l'acétaminophène. La limite de dose s'accumule en fonction de la quantité d'acétaminophène réclamée au Programme, ce qui comprend l'acétaminophène ordinaire ou en association avec des opioïdes, comme la codéine (c.-à-d. Tylenol® no 3) ou l'oxycodone (Percocet®). Au total, une quantité de 360 grammes d'acétaminophène est autorisée pour une période de 100 jours, ce qui équivaut à une dose quotidienne totale de 3 600 mg/jour.

300MG & 15MG & 15MG COMPRIMÉ

00653241	RATIO-LENOLTEC NO 2	TEV
02163934	TYLENOL WITH CODEINE NO.2	JSO

300MG & 15MG & 30MG COMPRIMÉ

00653276	RATIO-LENOLTEC NO 3	TEV
02163926	TYLENOL WITH CODEINE NO.3	JSO

325MG & 30MG & 15MG COMPRIMÉ

00293504	ATASOL 15	CHU

325MG & 30MG & 30MG COMPRIMÉ

00293512	ATASOL 30	CHU

ACÉTAMINOPHÈNE, CODÉINE (PHOSPHATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Pour des raisons de sécurité, le Programme des SSNA a une limite de dose pour l'acétaminophène. La limite de dose s'accumule en fonction de la quantité d'acétaminophène réclamée au Programme, ce qui comprend l'acétaminophène ordinaire ou en association avec des opioïdes, comme la codéine (c.-à-d. Tylenol® no 3) ou l'oxycodone (Percocet®). Au total, une quantité de 360 grammes d'acétaminophène est autorisée pour une période de 100 jours, ce qui équivaut à une dose quotidienne totale de 3 600 mg/jour.

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS

ACÉTAMINOPHÈNE, CODÉINE (PHOSPHATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Pour des raisons de sécurité, le Programme des SSNA a une limite de dose pour l'acétaminophène. La limite de dose s'accumule en fonction de la quantité d'acétaminophène réclamée au Programme, ce qui comprend l'acétaminophène ordinaire ou en association avec des opioïdes, comme la codéine (c.-à-d. Tylenol® no 3) ou l'oxycodone (Percocet®). Au total, une quantité de 360 grammes d'acétaminophène est autorisée pour une période de 100 jours, ce qui équivaut à une dose quotidienne totale de 3 600 mg/jour.

300MG & 30MG COMPRIMÉ

01999648	ACET CODEINE 30	PMS
02232658	PROCET-30	PDL
00608882	TEVA-EMTEC-30	TEV
00789828	TRIATEC-30	RIV

32MG & 1.6MG/ML ÉLIXIR

00816027	PMS-ACETAMINOPHEN	PMS

ACÉTAMINOPHÈNE, OXYCODONE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Pour des raisons de sécurité, le Programme des SSNA a une limite de dose pour l'acétaminophène. La limite de dose s'accumule en fonction de la quantité d'acétaminophène réclamée au Programme, ce qui comprend l'acétaminophène ordinaire ou en association avec des opioïdes, comme la codéine (c.-à-d. Tylenol® no 3) ou l'oxycodone (Percocet®). Au total, une quantité de 360 grammes d'acétaminophène est autorisée pour une période de 100 jours, ce qui équivaut à une dose quotidienne totale de 3 600 mg/jour.

325MG & 5MG COMPRIMÉ

02324628	APO-OXYCODONE/ACET	APX
02361361	OXYCODONE/ACET	SAN
02327171	OXYCODONE-ACET	PDL
02242468	RIVACOCET	RIV
02307898	SANDOZ OXYCODONE/ACETAMINOPHEN	SDZ
00608165	TEVA-OXYCOCET	TEV

ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE, OXYCODONE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour d'opioïdes, soit 200 mg d'équivalents morphine par jour pour la douleur non liée au cancer ou dans un contexte autre que palliatif. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale d'opioïdes, c'est-à-dire pour l'ensemble des opioïdes administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 30 jours (6000 équivalents morphine sur 30 jours).

325MG & 5MG COMPRIMÉ

00608157	TEVA-OXYCODAN	TEV

CODÉINE (PHOSPHATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour d'opioïdes, soit 200 mg d'équivalents morphine par jour pour la douleur non liée au cancer ou dans un contexte autre que palliatif. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale d'opioïdes, c'est-à-dire pour l'ensemble des opioïdes administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 30 jours (6000 équivalents morphine sur 30 jours).

15MG COMPRIMÉ

02009889	CODEINE	RIV
00593435	TEVA-CODEINE	TEV

30MG COMPRIMÉ

02009757	CODEINE	RIV
02243979	PMS-CODEINE	PMS
00593451	TEVA-CODEINE	TEV

5MG/ML LIQUIDE

00050024	CODEINE PHOSPHATE	ATL

2MG/ML SOLUTION

00380571	LINCTUS CODEINE	ATL

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS

CODÉINE MONOHYDRATE, CODÉINE SULFATE TRIHYDRATE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement:
• des douleurs chroniques et des patients en soins palliatifs, comme solution de rechange aux produits contenant de la codéine en association avec l'acétaminophène ou l'AAS avec ou sans caféine; OU
• des douleurs chroniques et des patients en soins palliatifs comme solution de rechange aux produits contenant de la codéine à libération régulière lorsque de fortes doses sont nécessaires.

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour d'opioïdes, soit 200 mg d'équivalents morphine par jour pour la douleur non liée au cancer ou dans un contexte autre que palliatif. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale d'opioïdes, c'est-à-dire pour l'ensemble des opioïdes administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 30 jours (6000 équivalents morphine sur 30 jours).

50MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02230302	CODEINE CONTIN CR	PFR

100MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02163748	CODEINE CONTIN CR	PFR

150MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02163780	CODEINE CONTIN CR	PFR

200MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02163799	CODEINE CONTIN CR	PFR

FENTANYL

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la douleur chronique chez les patients qui ne répondent pas ou sont intolérants à au moins un produit oral à longue durée d'action et à libération prolongée, tel que la morphine, l'hydromorphone et l'oxycodone, malgré un titrage approprié de la dose et un traitement adjuvant, notamment des laxatifs et des antiémétiques.

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour d'opioïdes, soit 200 mg d'équivalents morphine par jour pour la douleur non liée au cancer ou dans un contexte autre que palliatif. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale d'opioïdes, c'est-à-dire pour l'ensemble des opioïdes administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 30 jours (6000 équivalents morphine sur 30 jours).

12MCG/HR TIMBRE CUTANÉ

02386844	CO FENTANYL	OBT
02395657	FENTANYL	PDL
02396696	MYLAN-FENTANYL MATRIX	MYL
02341379	PMS-FENTANYL MTX	PMS
02330105	RAN-FENTANYL MATRIX	RBY
02327112	SANDOZ FENTANYL	SDZ
02311925	TEVA-FENTANYL	TEV

25MCG/HR TIMBRE CUTANÉ

02314630	APO-FENTANYL MATRIX	APX
02386852	CO FENTANYL	OBT
02275813	DURAGESIC	JSO
02395665	FENTANYL	PDL
02396718	MYLAN-FENTANYL MATRIX	MYL
02341387	PMS-FENTANYL MTX	PMS
02330113	RAN-FENTANYL MATRIX	RBY
02327120	SANDOZ FENTANYL	SDZ
02282941	TEVA-FENTANYL	TEV

50MCG/HR TIMBRE CUTANÉ

02386879	CO FENTANYL	OBT
02275821	DURAGESIC	JSO
02395673	FENTANYL	PDL
02396726	MYLAN-FENTANYL MATRIX	MYL
02341395	PMS-FENTANYL MTX	PMS
02330121	RAN-FENTANYL MATRIX	RBY
02327147	SANDOZ FENTANYL	SDZ

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS

FENTANYL

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la douleur chronique chez les patients qui ne répondent pas ou sont intolérants à au moins un produit oral à longue durée d'action et à libération prolongée, tel que la morphine, l'hydromorphone et l'oxycodone, malgré un titrage approprié de la dose et un traitement adjuvant, notamment des laxatifs et des antiémétiques.

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour d'opioïdes, soit 200 mg d'équivalents morphine par jour pour la douleur non liée au cancer ou dans un contexte autre que palliatif. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale d'opioïdes, c'est-à-dire pour l'ensemble des opioïdes administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 30 jours (6000 équivalents morphine sur 30 jours).

50MCG/HR TIMBRE CUTANÉ

02282968	TEVA-FENTANYL	TEV

75MCG/HR TIMBRE CUTANÉ

02314657	APO-FENTANYL MATRIX	APX
02386887	CO FENTANYL	OBT
02275848	DURAGESIC	JSO
02395681	FENTANYL	PDL
02396734	MYLAN-FENTANYL MATRIX	MYL
02341409	PMS-FENTANYL MTX	PMS
02330148	RAN-FENTANYL MATRIX	RBY
02327155	SANDOZ FENTANYL	SDZ
02282976	TEVA-FENTANYL	TEV

100MCG/HR TIMBRE CUTANÉ

02314665	APO-FENTANYL MATRIX	APX
02386895	CO FENTANYL	OBT
02275356	DURAGESIC	JSO
02395703	FENTANYL	PDL
02396742	MYLAN-FENTANYL MATRIX	MYL
02341417	PMS-FENTANYL MTX	PMS
02330156	RAN-FENTANYL MATRIX	RBY
02327163	SANDOZ FENTANYL	SDZ
02282984	TEVA-FENTANYL	TEV

HYDROMORPHONE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint
Autorisation préalable nécessaire seulement pour les capsules à libération contrôlée. L'utilisation des formes pharmaceutiques régulières ne fait l'objet d'aucune restriction et n'exige donc pas d'autorisation préalable.

Pour le traitement des douleurs chroniques allant de modérées à graves lorsque les autres opioïdes comme la morphine n'ont pas réussi à contrôler la douleur ou lorsque les patients ont ressenti des effets indésirables intolérables.

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour d'opioïdes, soit 200 mg d'équivalents morphine par jour pour la douleur non liée au cancer ou dans un contexte autre que palliatif. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale d'opioïdes, c'est-à-dire pour l'ensemble des opioïdes administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 30 jours (6000 équivalents morphine sur 30 jours).

3MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)

02125323	HYDROMORPH CONTIN	PFR

4.5MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)

02359502	HYDROMORPH CONTIN	PFR

6MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)

02125331	HYDROMORPH CONTIN	PFR

9MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)

02359510	HYDROMORPH CONTIN	PFR

12MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)

02125366	HYDROMORPH CONTIN	PFR

18MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)

02243562	HYDROMORPH CONTIN	PFR

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS

HYDROMORPHONE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint
Autorisation préalable nécessaire seulement pour les capsules à libération contrôlée. L'utilisation des formes pharmaceutiques régulières ne fait l'objet d'aucune restriction et n'exige donc pas d'autorisation préalable.

Pour le traitement des douleurs chroniques allant de modérées à graves lorsque les autres opioïdes comme la morphine n'ont pas réussi à contrôler la douleur ou lorsque les patients ont ressenti des effets indésirables intolérables.

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour d'opioïdes, soit 200 mg d'équivalents morphine par jour pour la douleur non liée au cancer ou dans un contexte autre que palliatif. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale d'opioïdes, c'est-à-dire pour l'ensemble des opioïdes administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 30 jours (6000 équivalents morphine sur 30 jours).

24MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)

02125382	HYDROMORPH CONTIN	PFR

30MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)

02125390	HYDROMORPH CONTIN	PFR

1MG COMPRIMÉ

02364115	APO-HYDROMORPHONE	APX
00705438	DILAUDID	PFR
00885444	PMS-HYDROMORPHONE	PMS
02319403	TEVA-HYDROMORPHONE	TEV

2MG COMPRIMÉ

02364123	APO-HYDROMORPHONE	APX
00125083	DILAUDID	PFR
00885436	PMS-HYDROMORPHONE	PMS
02319411	TEVA-HYDROMORPHONE	TEV

4MG COMPRIMÉ

02364131	APO-HYDROMORPHONE	APX
00125121	DILAUDID	PFR
00885401	PMS-HYDROMORPHONE	PMS
02319438	TEVA-HYDROMORPHONE	TEV

8MG COMPRIMÉ

02364158	APO-HYDROMORPHONE	APX
00786543	DILAUDID	PFR
00885428	PMS-HYDROMORPHONE	PMS
02319446	TEVA-HYDROMORPHONE	TEV

1MG/ML LIQUIDE

01916386	PMS HYDROMORPHONE	PMS

3MG SUPPOSITOIRE

01916394	PMS HYDROMORPHONE	PMS

MÉTHADONE (CHLORHYDRATE DE) METADOL

Médicament à usage restreint (autorisation préalable requise) avec les critères suivants:

Le prescripteur est enregistré avec Santé Canada et a reçu une autorisation pour prescrire la méthadone pour le soulagement de la douleur; ET
Pour le soulagement de la douleur modérée à intense causée par un cancer ou pour le soulagement de la douleur chronique non reliée au cancer comme médicament de rechange a d'autre opiacés; OU
Pour le soulagement de la douleur chez les patients en soins palliatifs. Les pharmaciens peuvent seulement servir une quantité maximale correspondant à 30 jours de traitement lors de chaque approvisionnement.

1MG COMPRIMÉ

02247698	METADOL	PAL

5MG COMPRIMÉ

02247699	METADOL	PAL

10MG COMPRIMÉ

02247700	METADOL	PAL

25MG COMPRIMÉ

02247701	METADOL	PAL

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS

MÉTHADONE (CHLORHYDRATE DE) METADOL

Médicament à usage restreint (autorisation préalable requise) avec les critères suivants:

Le prescripteur est enregistré avec Santé Canada et a reçu une autorisation pour prescrire la méthadone pour le soulagement de la douleur; ET
Pour le soulagement de la douleur modérée à intense causée par un cancer ou pour le soulagement de la douleur chronique non reliée au cancer comme médicament de rechange a d'autre opiacés; OU
Pour le soulagement de la douleur chez les patients en soins palliatifs. Les pharmaciens peuvent seulement servir une quantité maximale correspondant à 30 jours de traitement lors de chaque approvisionnement.

1MG/ML SOLUTION

02247694	METADOL	PAL

10MG/ML SOLUTION

02241377	METADOL	PAL

MORPHINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour d'opioïdes, soit 200 mg d'équivalents morphine par jour pour la douleur non liée au cancer ou dans un contexte autre que palliatif. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale d'opioïdes, c'est-à-dire pour l'ensemble des opioïdes administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 30 jours (6000 équivalents morphine sur 30 jours).

1MG/ML SIROP

00614491	DOLORAL 1	ATL
00607762	RATIO-MORPHINE	TEV

5MG/ML SIROP

00614505	DOLORAL 5	ATL
00607770	RATIO-MORPHINE	TEV

10MG/ML SIROP

00690783	RATIO-MORPHINE	TEV

20MG/ML SIROP

00690791	RATIO-MORPHINE	TEV

MORPHINE (SULFATE DE) KADIAN

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

•Traitement de la dépendance aux opioïdes lorsque la méthadone et Suboxone ne sont pas disponibles ou appropriés; OU
•Traitement de la douleur chronique.

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour d'opioïdes, soit 200 mg d'équivalents morphine par jour pour la douleur non liée au cancer ou dans un contexte autre que palliatif. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale d'opioïdes, c'est-à-dire pour l'ensemble des opioïdes administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 30 jours (6000 équivalents morphine sur 30 jours).

10MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)

02242163	KADIAN	BGP
09991310	KADIAN	MAY

20MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)

02184435	KADIAN	BGP
09991311	KADIAN	MAY

50MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)

02184443	KADIAN	BGP
09991312	KADIAN	MAY

100MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)

02184451	KADIAN	BGP
09991313	KADIAN	MAY

MORPHINE SULFATE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour d'opioïdes, soit 200 mg d'équivalents morphine par jour pour la douleur non liée au cancer ou dans un contexte autre que palliatif. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale d'opioïdes, c'est-à-dire pour l'ensemble des opioïdes administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 30 jours (6000 équivalents morphine sur 30 jours).

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS

MORPHINE SULFATE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour d'opioïdes, soit 200 mg d'équivalents morphine par jour pour la douleur non liée au cancer ou dans un contexte autre que palliatif. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale d'opioïdes, c'est-à-dire pour l'ensemble des opioïdes administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 30 jours (6000 équivalents morphine sur 30 jours).

10MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02019930 M-ESLON ETH

15MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02177749 M-ESLON ETH

30MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02019949 M-ESLON ETH

60MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02019957 M-ESLON ETH

100MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02019965 M-ESLON ETH

200MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02177757 M-ESLON ETH

5MG COMPRIMÉ

00594652 STATEX PAL

10MG COMPRIMÉ

00594644 STATEX PAL

25MG COMPRIMÉ

00594636 STATEX PAL

50MG COMPRIMÉ

00675962 STATEX PAL

5MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION IMMÉDIATE)

02014203 MS IR PFR

10MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION IMMÉDIATE)

02014211 MS IR PFR

20MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION IMMÉDIATE)

02014238 MS IR PFR

30MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION IMMÉDIATE)

02014254 MS IR PFR

15MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02350815 MORPHINE SR SAN
02015439 MS CONTIN SR PFR
02244790 SANDOZ MORPHINE SR SDZ
02302764 TEVA-MORPHINE SR TEV

30MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02350890 MORPHINE SR SAN
02014297 MS CONTIN SR PFR
02244791 SANDOZ MORPHINE SR SDZ
02302772 TEVA-MORPHINE SR TEV

60MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02350912 MORPHINE SR SAN
02014300 MS CONTIN SR PFR
02244792 SANDOZ MORPHINE SR SDZ
02302780 TEVA-MORPHINE SR TEV

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS

MORPHINE SULFATE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour d'opioïdes, soit 200 mg d'équivalents morphine par jour pour la douleur non liée au cancer ou dans un contexte autre que palliatif. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale d'opioïdes, c'est-à-dire pour l'ensemble des opioïdes administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 30 jours (6000 équivalents morphine sur 30 jours).

100MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02014319	MS CONTIN SR	PFR
02302799	TEVA-MORPHINE SR	TEV

200MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02014327	MS CONTIN SR	PFR
02302802	TEVA-MORPHINE SR	TEV

20MG/ML GOUTTES

00621935	STATEX	PAL

50MG/ML GOUTTES

00705799	STATEX	PAL

1MG/ML SIROP

00591467	STATEX	PAL

5MG/ML SIROP

00591475	STATEX	PAL

10MG/ML SIROP

00647217	STATEX	PAL

5MG SUPPOSITOIRE

00632228	STATEX	PAL

10MG SUPPOSITOIRE

00632201	STATEX	PAL

20MG SUPPOSITOIRE

00596965	STATEX	PAL

OXYCODONE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour d'opioïdes, soit 200 mg d'équivalents morphine par jour pour la douleur non liée au cancer ou dans un contexte autre que palliatif. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale d'opioïdes, c'est-à-dire pour l'ensemble des opioïdes administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 30 jours (6000 équivalents morphine sur 30 jours).

5MG COMPRIMÉ

02325950	OXYCODONE	PDL
02231934	OXY-IR	PFR
02319977	PMS-OXYCODONE	PMS
00789739	SUPEUDOL	SDZ

10MG COMPRIMÉ

02325969	OXYCODONE	PDL
02240131	OXY-IR	PFR
02319985	PMS-OXYCODONE	PMS
00443948	SUPEUDOL	SDZ

20MG COMPRIMÉ

02325977	OXYCODONE	PDL
02319993	PMS-OXYCODONE	PMS
02262983	SUPEUDOL	SDZ

20MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION IMMÉDIATE)

02240132	OXY-IR	PFR

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS

OXYCODONE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour d'opioïdes, soit 200 mg d'équivalents morphine par jour pour la douleur non liée au cancer ou dans un contexte autre que palliatif. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale d'opioïdes, c'est-à-dire pour l'ensemble des opioïdes administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 30 jours (6000 équivalents morphine sur 30 jours).

10MG SUPPOSITOIRE

00392480	SUPEUDOL	SDZ

20MG SUPPOSITOIRE

00392472	SUPEUDOL	SDZ

28:08.12 AGONISTES PARTIELS DES OPIACÉS

BUPRENORPHINE (CHLORHYDRATE DE), NALOXONE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la dépendance aux opioïdes quand:
• Le bénéficiaire doit être âgé de 16 ans ou plus.
• Si le client vit en région éloignée ou isolée, il devra confirmer que sa communauté dispose du personnel nécessaire pour lui administrer Suboxone. La communauté doit être en mesure d'avoir une personne qui sera témoin de l'administration quotidienne du médicament et doit disposer des installations relatives à la conservation et à la manutention des doses de Suboxone. Après avoir obtenu cette confirmation, le Programme des SSNA approuvera l'administration de Suboxone pour le client.

2MG & 0.5MG COMPRIMÉ

02453908	ACT BUPRENORPHINE/NALOXONE	ACG
02408090	MYLAN-BUPRENORPHINE/NALOXONE	MYL
02424851	PMS-BUPRENORPHINE-NALOXONE	PMS
02295695	SUBOXONE	IND

8MG & 2MG COMPRIMÉ

02453916	ACT BUPRENORPHINE/NALOXONE	ACG
02408104	MYLAN-BUPRENORPHINE/NALOXONE	MYL
02424878	PMS-BUPRENORPHINE-NALOXONE	PMS
02295709	SUBOXONE	IND

28:08.92 DIVERS ANALGÉSIQUES ET ANTIPYRÉTIQUES

ACÉTAMINOPHÈNE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Pour des raisons de sécurité, le Programme des SSNA a une limite de dose pour l'acétaminophène. La limite de dose s'accumule en fonction de la quantité d'acétaminophène réclamée au Programme, ce qui comprend l'acétaminophène ordinaire ou en association avec des opioïdes, comme la codéine (c.-à-d. Tylenol® no 3) ou l'oxycodone (Percocet®). Au total, une quantité de 360 grammes d'acétaminophène est autorisée pour une période de 100 jours, ce qui équivaut à une dose quotidienne totale de 3 600 mg/jour.

[SF] 80MG COMPRIMÉ

01905856	ACETAMINOPHÈNE	TLI
02263815	PEDIAPHEN	EUR
02015676	TANTAPHEN	TAN
02238295	TYLENOL ENFANT VIT-FONDU	MCL

[SF] 160MG COMPRIMÉ

02017431	ACETAMINOPHÈNE	RIV
02230934	ACETAMINOPHÈNE	TAN

[SF] 325MG COMPRIMÉ

00382752	ACETAMINOPHÈNE	PDL
00605751	ACETAMINOPHÈNE	VTH
00743542	ACETAMINOPHÈNE	PMT
00789801	ACETAMINOPHÈNE	TLI
02022214	ACETAMINOPHÈNE	RIV
02362198	ACETAMINOPHÈNE	RIV
00544981	APC-ACETAMINOPHÉENE	APX
02229873	APO-ACETAMINOPHENE	APX

28:08.92 DIVERS ANALGÉSIQUES ET ANTIPYRÉTIQUES

ACÉTAMINOPHÈNE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Pour des raisons de sécurité, le Programme des SSNA a une limite de dose pour l'acétaminophène. La limite de dose s'accumule en fonction de la quantité d'acétaminophène réclamée au Programme, ce qui comprend l'acétaminophène ordinaire ou en association avec des opioïdes, comme la codéine (c.-à-d. Tylenol® no 3) ou l'oxycodone (Percocet®). Au total, une quantité de 360 grammes d'acétaminophène est autorisée pour une période de 100 jours, ce qui équivaut à une dose quotidienne totale de 3 600 mg/jour.

[ST] 325MG COMPRIMÉ

01938088	JAMP-ACETAMINOPHÈNE	JMP
02451018	M-ACETAMINOPHEN	MAN
00389218	NOVO-GESIC	TEV
00559393	TYLENOL	MCL
00723894	TYLENOL	MCL

[ST] 500MG COMPRIMÉ

00386626	ACETAMINOPHÈNE	PDL
00549703	ACETAMINOPHÈNE	PMT
00605778	ACETAMINOPHÈNE	VTH
00789798	ACETAMINOPHÈNE	TLI
01939122	ACETAMINOPHÈNE	JMP
02022222	ACETAMINOPHÈNE	RIV
02252813	ACETAMINOPHÈNE	PMT
02255251	ACETAMINOPHÈNE	PMT
02362228	ACETAMINOPHÈNE	RIV
02362201	ACETAMINOPHÈNE BLASON SHIELD	RIV
00545007	APO-ACETAMINOPHÉENE	APX
02229977	APO-ACETAMINOPHENE	APX
00013668	ATASOL FORT	CHU
02355299	JAMP-ACETAMINOPHENE	JMP
00482323	NOVO-GESIC FORT	TEV
00892505	PMS-ACETAMINOPHÈNE	PMS
01962353	TANTAPHEN	TAN
00723908	TYLENOL	MCL
00559407	TYLENOL EXTRA FORT	MCL

[ST] 80MG COMPRIMÉ (CROQUABLE)

02017458	ACETAMINOPHÈNE	RIV
02129957	ACETAMINOPHÈNE	VTH

[ST] 160MG COMPRIMÉ (CROQUABLE)

02142805	ACETAMINOPHÈENE	VTH
02263823	PEDIAPHEN	EUR
02241361	TYLENOL CONCENTRAION JUNIOR	MCL
02347792	TYLENOL VIT-FONDU	MCL

[ST] 80MG/ML GOUTTES

01905864	ACETAMINOPHÈNE	TLI
00887587	PDP-ACETAMINOPHÈNE	PED
02263793	PEDIAPHEN	EUR
02027801	PEDIATRIX	TEV
01904140	TANTAPHEN	TAN
00875988	TEMPRA ENFANT	PAL
02046059	TYLENOL	MCL

[ST] 16MG/ML LIQUIDE

01905848	ACETAMINOPHÈNE	TLI
02263807	PEDIAPHEN	EUR
00792713	PMS-ACETAMINOPHÈNE	PED
00884553	TEMPRA POUR ENFANT	PAL

28:08.92 DIVERS ANALGÉSIQUES ET ANTIPYRÉTIQUES

ACÉTAMINOPHÈNE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Pour des raisons de sécurité, le Programme des SSNA a une limite de dose pour l'acétaminophène. La limite de dose s'accumule en fonction de la quantité d'acétaminophène réclamée au Programme, ce qui comprend l'acétaminophène ordinaire ou en association avec des opioïdes, comme la codéine (c.-à-d. Tylenol® no 3) ou l'oxycodone (Percocet®). Au total, une quantité de 360 grammes d'acétaminophène est autorisée pour une période de 100 jours, ce qui équivaut à une dose quotidienne totale de 3 600 mg/jour.

[SI]	**32MG/ML LIQUIDE**	
01958836	ACETAMINOPHÈNE	TLI
01901389	JAMP-ACETAMINOPHÈNE	JMP
00792691	PDP-ACETAMINOPHÈNE	PED
02263831	PEDIAPHEN	EUR
02027798	PEDIATRIX	TEV
00875996	TEMPRA POUR ENFANT DOUBLE FORCE	PAL
02046040	TYLENOL	MCL
	120MG SUPPOSITOIRE	
01919385	ABENOL	PED
	325MG SUPPOSITOIRE	
01919393	ABENOL	PED
02230436	ACET 325	PED
02046687	PMS-ACETAMINOPHÈNE	PMS
	650MG SUPPOSITOIRE	
01919407	ABENOL	PED
02230437	ACET 650	PED
02046695	PMS-ACETAMINOPHÈNE	PMS

28:12.08 ANTICONVULSIVANTS - BENZODIAZÉPINES

CLONAZÉPAM

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour benzodiazépine, soit 40 mg d'équivalents diazépam par jour. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale des benzodiazépines, c'est-à-dire pour l'ensemble des benzodiazépine administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 100 jours (4 000 équivalents diazépam sur 100 jours). Selon la monographie du médicament diazépam, la posologie orale habituelle recommandée pour un adulte peut aller jusqu'à 40 mg par jour.

[SI]	**0.25MG COMPRIMÉ**	
02442027	CLONAZEPAM	SIV
02179660	PMS-CLONAZEPAM	PMS
[SI]	**0.5MG COMPRIMÉ**	
02177889	APO-CLONAZEPAM	APX
02230366	CLONAPAM	VAE
02442035	CLONAZEPAM	SIV
02270641	CO CLONAZEPAM	OBT
02130998	DOM-CLONAZEPAM	DPC
02224100	DOM-CLONAZEPAM-R	DPC
02048701	PMS-CLONAZEPAM	PMS
02207818	PMS-CLONAZEPAM-R	PMS
02311593	PRO-CLONAZEPAM	PDL
02242077	RIVA-CLONAZEPAM	RIV
00382825	RIVOTRIL	HLR
02233960	SANDOZ CLONAZEPAM	SDZ
02239024	TEVA-CLONAZEPAM	TEV
[SI]	**1MG COMPRIMÉ**	
02230368	CLONAPAM	VAE
02442043	CLONAZEPAM	SIV
02270668	CO CLONAZEPAM	OBT

28:12.08 ANTICONVULSIVANTS - BENZODIAZÉPINES

CLONAZÉPAM

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour benzodiazépine, soit 40 mg d'équivalents diazépam par jour. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale des benzodiazépines, c'est-à-dire pour l'ensemble des benzodiazépine administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 100 jours (4 000 équivalents diazépam sur 100 jours). Selon la monographie du médicament diazépam, la posologie orale habituelle recommandée pour un adulte peut aller jusqu'à 40 mg par jour.

SF 1MG COMPRIMÉ

02048728	PMS-CLONAZEPAM	PMS
02311607	PRO-CLONAZEPAM	PDL
02233982	SANDOZ CLONAZEPAM	SDZ

SF 2MG COMPRIMÉ

02177897	APO-CLONAZEPAM	APX
02230369	CLONAPAM	VAE
02442051	CLONAZEPAM	SIV
02270676	CO CLONAZEPAM	OBT
02131013	DOM-CLONAZEPAM	DPC
02048736	PMS-CLONAZEPAM	PMS
02311615	PRO-CLONAZEPAM	PDL
02242078	RIVA-CLONAZEPAM	RIV
00382841	RIVOTRIL	HLR
02233985	SANDOZ CLONAZEPAM	SDZ
02239025	TEVA-CLONAZEPAM	TEV

28:12.92 DIVERS ANTICONVULSIVANTS

ESLICARBAZÉPINE (ACÉTATE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Traitement adjuvant dans la prise en charge des crises d'épilepsie partielles réfractaires chez les patients qui:
- Sont soignés par un médecin expérimenté dans le traitement de l'épilepsie; ET
- Prennent actuellement deux antiépileptiques ou plus; ET
- Ont une intolérance confirmée à d'autres antiépileptiques ou ont essayé deux autres antiépileptiques qui se sont révélés inefficaces.

SF 200MG COMPRIMÉ

02426862	APTIOM	SPC

SF 400MG COMPRIMÉ

02426870	APTIOM	SPC

SF 600MG COMPRIMÉ

02426889	APTIOM	SPC

SF 800MG COMPRIMÉ

02426897	APTIOM	SPC

GABAPENTINE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Pour des raisons de sécurité, le Programme des SSNA a une limite de dose pour gabapentine. La limite de dose s'accumule en fonction de la quantité de gabapentine réclamée au Programme. Au total, une quantité de 400 grammes de gabapentin est autorisée pour une période de 100 jours, ce qui équivaut à une dose quotidienne totale de 4000 mg/jour.

SF 100MG CAPSULE

02256142	ACT GABAPENTIN	ACG
02244304	APO-GABAPENTIN	APX
02321203	AURO-GABAPENTIN	AUR
02243743	DOM-GABAPENTIN	DPC
02246314	GABAPENTIN	SIV
02353245	GABAPENTIN	SAN
02416840	GABAPENTIN	ACC
02285819	GD-GABAPENTIN	PFI
02361469	JAMP-GABAPENTIN	JMP

28:12.92 DIVERS ANTICONVULSIVANTS

GABAPENTINE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Pour des raisons de sécurité, le Programme des SSNA a une limite de dose pour gabapentine. La limite de dose s'accumule en fonction de la quantité de gabapentine réclamée au Programme. Au total, une quantité de 400 grammes de gabapentin est autorisée pour une période de 100 jours, ce qui équivaut à une dose quotidienne totale de 4000 mg/jour.

SF	**100MG CAPSULE**	
02391473	MAR-GABAPENTIN	MAR
02084260	NEURONTIN	PFI
02243446	PMS-GABAPENTIN	PMS
02310449	PRO-GABAPENTIN	PDL
02319055	RAN-GABAPENTIN	RBY
02251167	RIVA-GABAPENTIN	RIV
02244513	TEVA-GABAPENTIN	TEV
SF	**300MG CAPSULE**	
02256150	ACT GABAPENTIN	ACG
02244305	APO-GABAPENTIN	APX
02321211	AURO-GABAPENTIN	AUR
02243744	DOM-GABAPENTIN	DPC
02246315	GABAPENTIN	SIV
02353253	GABAPENTIN	SAN
02416859	GABAPENTIN	ACC
02285827	GD-GABAPENTIN	PFI
02361485	JAMP-GABAPENTIN	JMP
02391481	MAR-GABAPENTIN	MAR
02084279	NEURONTIN	PFI
02243447	PMS-GABAPENTIN	PMS
02310457	PRO-GABAPENTIN	PDL
02319063	RAN-GABAPENTIN	RBY
02251175	RIVA-GABAPENTIN	RIV
02244514	TEVA-GABAPENTIN	TEV
SF	**400MG CAPSULE**	
02256169	ACT GABAPENTIN	ACG
02244306	APO-GABAPENTIN	APX
02321238	AURO-GABAPENTIN	AUR
02243745	DOM-GABAPENTIN	DPC
02246316	GABAPENTIN	SIV
02353261	GABAPENTIN	SAN
02416867	GABAPENTIN	ACC
02361493	JAMP-GABAPENTIN	JMP
02391503	MAR-GABAPENTIN	MAR
02084287	NEURONTIN	PFI
02243448	PMS-GABAPENTIN	PMS
02310465	PRO-GABAPENTIN	PDL
02319071	RAN-GABAPENTIN	RBY
02251183	RIVA-GABAPENTIN	RIV
02244515	TEVA-GABAPENTIN	TEV
SF	**600MG COMPRIMÉ**	
02293358	APO-GABAPENTIN	APX
02388200	GABAPENTIN	SIV
02392526	GABAPENTIN	ACC
02431289	GABAPENTIN	SAN
02285843	GD-GABAPENTIN	PFI
02402289	JAMP-GABAPENTIN	JMP

28:12.92 DIVERS ANTICONVULSIVANTS

GABAPENTINE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Pour des raisons de sécurité, le Programme des SSNA a une limite de dose pour gabapentine. La limite de dose s'accumule en fonction de la quantité de gabapentine réclamée au Programme. Au total, une quantité de 400 grammes de gabapentin est autorisée pour une période de 100 jours, ce qui équivaut à une dose quotidienne totale de 4000 mg/jour.

600MG COMPRIMÉ

02239717	NEURONTIN	PFI
02255898	PMS-GABAPENTIN	PMS
02310473	PRO-GABAPENTIN	PDL
02259796	RIVA-GABAPENTIN	RIV
02248457	TEVA-GABAPENTIN	TEV

800MG COMPRIMÉ

02293366	APO-GABAPENTIN	APX
02388219	GABAPENTIN	SIV
02392534	GABAPENTIN	ACC
02431297	GABAPENTIN	SAN
02402297	JAMP-GABAPENTIN	JMP
02239718	NEURONTIN	PFI
02255901	PMS-GABAPENTIN	PMS
02310481	PRO-GABAPENTIN	PDL
02259818	RIVA-GABAPENTIN	RIV
02247346	TEVA-GABAPENTIN	TEV

800MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION IMMÉDIATE)

02411008	GABAPENTIN	GLK

LACOSAMIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Traitement adjuvant dans la prise en charge des crises d'épilepsie partielles réfractaires chez les patients qui:
- sont soignés par un médecin expérimenté dans le traitement de l'épilepsie; ET
- prennent actuellement deux antiépileptiques ou plus; ET
- ont une intolérance confirmée à d'autres antiépileptiques ou ont essayé deux autres antiépileptiques qui se sont révélés inefficaces.

50MG COMPRIMÉ

02357615	VIMPAT	UCB

100MG COMPRIMÉ

02357623	VIMPAT	UCB

150MG COMPRIMÉ

02357631	VIMPAT	UCB

200MG COMPRIMÉ

02357658	VIMPAT	UCB

PRÉGABALINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des douleurs neuropathiques de patients lorsque l'essai d'un antidépresseur tricyclique (ATC) a échoué;
OU
Pour le traitement des douleurs neuropathiques de patients lorsqu'un antidépresseur tricyclique (ATC) est contre-indiqué pour le patient ou lorsque le patient est intolérant à un ATC.

La couverture de prégabaline est limitée à un maximum de 600 mg par jour.

25MG CAPSULE

02402912	ACT PREGABALIN	ACG
02394235	APO-PREGABALIN	APX
02433869	AURO-PREGABALIN	AUR
02402556	DOM-PREGABALIN	DPC
02435977	JAMP-PREGABALIN	JMP
02268418	LYRICA	PFI

28:12.92 DIVERS ANTICONVULSIVANTS

PRÉGABALINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des douleurs neuropathiques de patients lorsque l'essai d'un antidépresseur tricyclique (ATC) a échoué;
OU
Pour le traitement des douleurs neuropathiques de patients lorsqu'un antidépresseur tricyclique (ATC) est contre-indiqué pour le patient ou lorsque le patient est intolérant à un ATC.

La couverture de prégabaline est limitée à un maximum de 600 mg par jour.

SF	**25MG CAPSULE**	
02417529	MAR-PREGABALIN	MAR
02423804	MINT-PREGABALIN	MIN
02467291	M-PREGABALIN	MAN
02382210	MYLAN-PREGABALIN	MYL
02359596	PMS-PREGABALIN	PMS
02396483	PREGABALIN	PDL
02403692	PREGABALIN	SIV
02405539	PREGABALIN	SAN
02392801	RAN-PREGABALIN	RBY
02377039	RIVA-PREGABALIN	RIV
02390817	SANDOZ PREGABALIN	SDZ
02361159	TEVA-PREGABALIN	TEV
SF	**50MG CAPSULE**	
02402920	ACT PREGABALIN	ACG
02394243	APO-PREGABALIN	APX
02433877	AURO-PREGABALIN	AUR
02402564	DOM-PREGABALIN	DPC
02435985	JAMP-PREGABALIN	JMP
02268426	LYRICA	PFI
02417537	MAR-PREGABALIN	MAR
02423812	MINT-PREGABALIN	MIN
02467305	M-PREGABALIN	MAN
02382229	MYLAN-PREGABALIN	MYL
02359618	PMS-PREGABALIN	PMS
02396505	PREGABALIN	PDL
02403706	PREGABALIN	SIV
02405547	PREGABALIN	SAN
02392828	RAN-PREGABALIN	RBY
02377047	RIVA-PREGABALIN	RIV
02390825	SANDOZ PREGABALIN	SDZ
02361175	TEVA-PREGABALIN	TEV
SF	**75MG CAPSULE**	
02402939	ACT PREGABALIN	ACG
02394251	APO-PREGABALIN	APX
02433885	AURO-PREGABALIN	AUR
02402572	DOM-PREGABALIN	DPC
02435993	JAMP-PREGABALIN	JMP
02268434	LYRICA	PFI
02417545	MAR-PREGABALIN	MAR
02424185	MINT-PREGABALIN	MIN
02467313	M-PREGABALIN	MAN
02382237	MYLAN-PREGABALIN	MYL
02359626	PMS-PREGABALIN	PMS
02396513	PREGABALIN	PDL
02403714	PREGABALIN	SIV

28:12.92 DIVERS ANTICONVULSIVANTS

PRÉGABALINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des douleurs neuropathiques de patients lorsque l'essai d'un antidépresseur tricyclique (ATC) a échoué;
OU
Pour le traitement des douleurs neuropathiques de patients lorsqu'un antidépresseur tricyclique (ATC) est contre-indiqué pour le patient ou lorsque le patient est intolérant à un ATC.

La couverture de prégabaline est limitée à un maximum de 600 mg par jour.

ST 75MG CAPSULE

02405555	PREGABALIN	SAN
02392836	RAN-PREGABALIN	RBY
02377055	RIVA-PREGABALIN	RIV
02390833	SANDOZ PREGABALIN	SDZ
02361183	TEVA-PREGABALIN	TEV

ST 150MG CAPSULE

02402955	ACT PREGABALIN	ACG
02394278	APO-PREGABALIN	APX
02433907	AURO-PREGABALIN	AUR
02402580	DOM-PREGABALIN	DPC
02436000	JAMP-PREGABALIN	JMP
02268450	LYRICA	PFI
02417561	MAR-PREGABALIN	MAR
02424207	MINT-PREGABALIN	MIN
02467321	M-PREGABALIN	MAN
02382245	MYLAN-PREGABALIN	MYL
02359634	PMS-PREGABALIN	PMS
02396521	PREGABALIN	PDL
02403722	PREGABALIN	SIV
02405563	PREGABALIN	SAN
02392844	RAN-PREGABALIN	RBY
02377063	RIVA-PREGABALIN	RIV
02390841	SANDOZ PREGABALIN	SDZ
02361205	TEVA-PREGABALIN	TEV

ST 300MG CAPSULE

02402998	ACT PREGABALIN	ACG
02394294	APO-PREGABALIN	APX
02436019	JAMP-PREGABALIN	JMP
02268465	LYRICA	PFI
02382253	MYLAN-PREGABALIN	MYL
02359642	PMS-PREGABALIN	PMS
02396548	PREGABALIN	PDL
02403730	PREGABALIN	SIV
02405598	PREGABALIN	SAN
02392860	RAN-PREGABALIN	RBY
02377071	RIVA-PREGABALIN	RIV
02390868	SANDOZ PREGABALIN	SDZ
02361248	TEVA-PREGABALIN	TEV

RUFINAMIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

• Pour le traitement d'appoint des crises associées au syndrome de Lennox-Gastaux chez les adultes et chez les enfants de 4 ans et plus quand le médicament est prescrit par un neurologue ou un spécialiste d'expérience.
• L'utilisation d'au moins deux antiépileptiques d'appoint n'a pas donné de résultat ou est contre-indiquée chez le patient ou le patient est intolérant à au-moins deux antiépileptiques d'appoint.

28:12.92 DIVERS ANTICONVULSIVANTS

RUFINAMIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

• Pour le traitement d'appoint des crises associées au syndrome de Lennox-Gastaux chez les adultes et chez les enfants de 4 ans et plus quand le médicament est prescrit par un neurologue ou un spécialiste d'expérience.
• L'utilisation d'au moins deux antiépileptiques d'appoint n'a pas donné de résultat ou est contre-indiquée chez le patient ou le patient est intolérant à au-moins deux antiépileptiques d'appoint.

SF **100MG COMPRIMÉ**

02369613 BANZEL EIS

SF **200MG COMPRIMÉ**

02369621 BANZEL EIS

SF **400MG COMPRIMÉ**

02369648 BANZEL EIS

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS

BUPROPION (CHLORHYDRATE DE) (ZYBAN)

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Auxiliaire temporaire au tabagisme:

Le produit sera fourni en quantité pouvant aller jusqu'à 180 comprimés sur une période d'une année. La période d'un an débute le jour de la première ordonnance. Lorsque la quantité de 180 comprimés sera atteinte le client sera de nouveau admissible au traitement au chlorhydrate de bupropion lorsqu'une année se sera écoulée depuis le jour où l'ordonnance initiale a été remplie.

SF **150MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)**

02238441 ZYBAN VAE

28:16.08 TRANQUILLISANTS

ARIPIPRAZOLE

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la schizophrénie et des troubles schizo-affectifs chez les patients:
• qui ont été intolérants ou qui n'ont pas répondu à un essai adéquat d'un autre antipsychotique; OU
• pour lesquels un autre antipsychotique est contre-indiqué.

SF **2MG COMPRIMÉ**

02322374 ABILIFY OTS

SF **5MG COMPRIMÉ**

02322382 ABILIFY OTS

SF **10MG COMPRIMÉ**

02322390 ABILIFY OTS

SF **15MG COMPRIMÉ**

02322404 ABILIFY OTS

SF **20MG COMPRIMÉ**

02322412 ABILIFY OTS

SF **30MG COMPRIMÉ**

02322455 ABILIFY OTS

ASENAPINE (MALÉATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de courte durée des épisodes maniaques ou mixtes associés au trouble bipolaire de type I:
• En monothérapie, lorsque l'essai du lithium ou du divalproex de sodium a échoué ou est contre indiqué et lorsque l'essai de deux antipsychotiques atypiques a échoué en raison d'une intolérance ou d'une absence de réponse; OU
• En association avec le lithium ou le divalproex de sodium, lorsque l'essai de deux antipsychotiques atypiques a échoué en raison d'une intolérance ou d'une absence de réponse.

SF **5MG COMPRIMÉ**

02374803 SAPHRIS FRS

SF **10MG COMPRIMÉ**

02374811 SAPHRIS FRS

28:16.08 TRANQUILLISANTS

LURASIDONE (CHLORHYDRATE DE)

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la schizophrénie et des troubles schizo-affectifs chez les patients:
• qui ont été intolérants ou qui n'ont pas répondu à un essai adéquat d'un autre antipsychotique; OU
• pour lesquels un autre antipsychotique est contre-indiqué.

ST 20MG COMPRIMÉ

02422050 LATUDA SPC

ST 40MG COMPRIMÉ

02387751 LATUDA SPC

ST 60MG COMPRIMÉ

02413361 LATUDA SPC

ST 80MG COMPRIMÉ

02387778 LATUDA SPC

ST 120MG COMPRIMÉ

02387786 LATUDA SPC

28:20.04 AMPHÉTAMINES

AMPHÉTAMINES, DEXTROAMPHÉTAMINE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Le Programme des SSNA a établi une limite de dose pour les stimulants le 25 février 2015. Cette nouvelle limite fait partie de la stratégie de prise en charge de la mauvaise utilisation et de l'abus de ces médications. La limite de couverture pour les stimulants est de 100 mg d'équivalent de méthylphénidate* par jour pour les adultes et les enfants. Cette limite est calculée en fonction de la dose totale de stimulants qu'un patient reçoit du Programme. Le Programme des SSNA continuera la surveillance des stimulants et ajustera la limite de dose au besoin.

* 1 mg de MÉTHYLPHÉNIDATE, ou LISDEXAMFÉTAMINE se convertit en 0.5 mg d'équivalent de méthylphénidate pour la DEXTROAMPHÉTAMINE.

ST 1.25MG & 1.25MG & 1.25MG & 1.25MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02439239 ACT AMPHETAMINE XR TEV
02248808 ADDERALL XR UNK
02440369 PMS-AMPHETAMINES XR PMS
02457288 SANDOZ AMPHETAMINE XR SDZ

ST 2.5MG & 2.5MG & 2.5MG & 2.5MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02439247 ACT AMPHETAMINE XR TEV
02248809 ADDERALL XR UNK
02440377 PMS-AMPHETAMINES XR PMS
02457296 SANDOZ AMPHETAMINE XR SDZ

ST 3.75MG & 3.75MG & 3.75MG & 3.75MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02439255 ACT AMPHETAMINE XR TEV
02248810 ADDERALL XR UNK
02440385 PMS-AMPHETAMINES XR PMS
02457318 SANDOZ AMPHETAMINE XR SDZ

ST 5MG & 5MG & 5MG & 5MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02439263 ACT AMPHETAMINE XR TEV
02248811 ADDERALL XR UNK
02440393 PMS-AMPHETAMINES XR PMS
02457326 SANDOZ AMPHETAMINE XR SDZ

ST 6.25MG & 6.25MG & 6.25MG & 6.25MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02439271 ACT AMPHETAMINE XR TEV
02248812 ADDERALL XR UNK
02440407 PMS-AMPHETAMINES XR PMS
02457334 SANDOZ AMPHETAMINE XR SDZ

7.5MG & 7.5MG & 7.5MG & 7.5MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02248813 ADDERALL XR UNK
02440415 PMS-AMPHETAMINES XR PMS

28:20.04 AMPHÉTAMINES

AMPHÉTAMINES, DEXTROAMPHÉTAMINE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Le Programme des SSNA a établi une limite de dose pour les stimulants le 25 février 2015. Cette nouvelle limite fait partie de la stratégie de prise en charge de la mauvaise utilisation et de l'abus de ces médications. La limite de couverture pour les stimulants est de 100 mg d'équivalent de méthylphénidate* par jour pour les adultes et les enfants. Cette limite est calculée en fonction de la dose totale de stimulants qu'un patient reçoit du Programme. Le Programme des SSNA continuera la surveillance des stimulants et ajustera la limite de dose au besoin.

* 1 mg de MÉTHYLPHÉNIDATE, ou LISDEXAMFÉTAMINE se convertit en 0.5 mg d'équivalent de méthylphénidate pour la DEXTROAMPHÉTAMINE.

7.5MG & 7.5MG & 7.5MG & 7.5MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02457342 SANDOZ AMPHETAMINE XR SDZ

DEXTROAMPHÉTAMINE (SULFATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Le Programme des SSNA a établi une limite de dose pour les stimulants le 25 février 2015. Cette nouvelle limite fait partie de la stratégie de prise en charge de la mauvaise utilisation et de l'abus de ces médications. La limite de couverture pour les stimulants est de 100 mg d'équivalent de méthylphénidate* par jour pour les adultes et les enfants. Cette limite est calculée en fonction de la dose totale de stimulants qu'un patient reçoit du Programme. Le Programme des SSNA continuera la surveillance des stimulants et ajustera la limite de dose au besoin.

* 1 mg de MÉTHYLPHÉNIDATE, ou LISDEXAMFÉTAMINE se convertit en 0.5 mg d'équivalent de méthylphénidate pour la DEXTROAMPHÉTAMINE.

SF **10MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)**

01924559 DEXEDRINE SPANSULE PAL

SF **15MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)**

02448327 ACT DEXTROAMPHETAMINE SR ACG

01924567 DEXEDRINE SPANSULE PAL

SF **5MG COMPRIMÉ**

01924516 DEXEDRINE PAL

02443236 DEXTROAMPHETAMINE AAP

LISDEXAMFÉTAMINE (DIMÉSYLATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Le Programme des SSNA a établi une limite de dose pour les stimulants le 25 février 2015. Cette nouvelle limite fait partie de la stratégie de prise en charge de la mauvaise utilisation et de l'abus de ces médications. La limite de couverture pour les stimulants est de 100 mg d'équivalent de méthylphénidate* par jour pour les adultes et les enfants. Cette limite est calculée en fonction de la dose totale de stimulants qu'un patient reçoit du Programme. Le Programme des SSNA continuera la surveillance des stimulants et ajustera la limite de dose au besoin.

* 1 mg de MÉTHYLPHÉNIDATE, ou LISDEXAMFÉTAMINE se convertit en 0.5 mg d'équivalent de méthylphénidate pour la DEXTROAMPHÉTAMINE.

SF **10MG CAPSULE**

02439603 VYVANSE SHI

SF **20MG CAPSULE**

02347156 VYVANSE SHI

SF **30MG CAPSULE**

02322951 VYVANSE SHI

SF **40MG CAPSULE**

02347164 VYVANSE SHI

SF **50MG CAPSULE**

02322978 VYVANSE SHI

SF **60MG CAPSULE**

02347172 VYVANSE SHI

28:20.32 STIMULANTS DU S.N.C

MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Le Programme des SSNA a établi une limite de dose pour les stimulants le 25 février 2015. Cette nouvelle limite fait partie de la stratégie de prise en charge de la mauvaise utilisation et de l'abus de ces médications. La limite de couverture pour les stimulants est de 100 mg d'équivalent de méthylphénidate* par jour pour les adultes et les enfants. Cette limite est calculée en fonction de la dose totale de stimulants qu'un patient reçoit du Programme. Le Programme des SSNA continuera la surveillance des stimulants et ajustera la limite de dose au besoin.

* 1 mg de MÉTHYLPHÉNIDATE, ou LISDEXAMFÉTAMINE se convertit en 0.5 mg d'équivalent de méthylphénidate pour la DEXTROAMPHÉTAMINE.

ST 5MG COMPRIMÉ

02273950	APO-METHYLPHENIDATE	APX
02326221	METHYLPHENIDATE	PDL
02234749	PMS-METHYLPHENIDATE	PMS

ST 10MG COMPRIMÉ

02249324	APO-METHYLPHENIDATE	APX
02326248	METHYLPHENIDATE	PDL
00584991	PMS-METHYLPHENIDATE	PMS

ST 20MG COMPRIMÉ

02249332	APO-METHYLPHENIDATE	APX
02326256	METHYLPHENIDATE	PDL
00585009	PMS-METHYLPHENIDATE	PMS

ST 18MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02452731	APO-METHYLPHENIDATE ER	APX
02247732	CONCERTA	JSO
02413728	PMS-METHYLPHENIDATE ER	PMS
02315068	TEVA-METHYLPHENIDATE	TEV

ST 20MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02266687	APO-METHYLPHENIDATE SR	APX
02320312	SANDOZ METHYLPHENIDATE SR	SDZ

ST 27MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02452758	APO-METHYLPHENIDATE ER	APX
02250241	CONCERTA	JSO
02413736	PMS-METHYLPHENIDATE ER	PMS
02315076	TEVA-METHYLPHENIDATE	TEV

ST 36MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02452766	APO-METHYLPHENIDATE ER	APX
02247733	CONCERTA	JSO
02413744	PMS-METHYLPHENIDATE ER	PMS
02315084	TEVA-METHYLPHENIDATE	TEV

ST 54MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02330377	APO-METHYLPHENIDATE ER	APX
02247734	CONCERTA	JSO
02413752	PMS-METHYLPHENIDATE ER	PMS
02315092	TEVA-METHYLPHENIDATE	TEV

28:20.92 DIVERS STIMULANTS ANOREXIGÈNES RESPIRATOIRES ET CÉRÉBRALS

CAFÉINE CITRATE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Pour les enfants de un an et moins

POUDRE

00972037	CITRATE DE CAFEINE POUDRE	MDS

28:24.08 ANXIOLYTIQUES, SÉDATIFS ET HYPNOTIQUES - BENZODIAZÉPINES

ALPRAZOLAM

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour benzodiazépine, soit 40 mg d'équivalents diazépam par jour. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale des benzodiazépines, c'est-à-dire pour l'ensemble des benzodiazépine administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 100 jours (4 000 équivalents diazépam sur 100 jours). Selon la monographie du médicament diazépam, la posologie orale habituelle recommandée pour un adulte peut aller jusqu'à 40 mg par jour.

ST 0.25MG COMPRIMÉ

01908189	ALPRAZOLAM	PDL
02349191	ALPRAZOLAM	SAN
00865397	APO-ALPRAZ	APX
02400111	JAMP-ALPRAZOLAM	JMP
02417634	NAT-ALPRAZOLAM	NPH
02404877	RIVA-ALPRAZOLAM	RIV
01913484	TEVA-ALPRAZOLAM	TEV
00548359	XANAX	PFI

ST 0.5MG COMPRIMÉ

01908170	ALPRAZOLAM	PDL
02349205	ALPRAZOLAM	SAN
00865400	APO-ALPRAZ	APX
02400138	JAMP-ALPRAZOLAM	JMP
02137542	MYLAN-ALPRAZOLAM	MYL
02417642	NAT-ALPRAZOLAM	NPH
02404885	RIVA-ALPRAZOLAM	RIV
01913492	TEVA-ALPRAZOLAM	TEV
00548367	XANAX	PFI

ST 1MG COMPRIMÉ

02248706	ALPRAZOLAM	PDL
02243611	APO-ALPRAZ	APX
02400146	JAMP-ALPRAZOLAM	JMP
02417650	NAT-ALPRAZOLAM	NPH
02404893	RIVA-ALPRAZOLAM	RIV
00723770	XANAX	PFI

ST 2MG COMPRIMÉ

02243612	APO-ALPRAZ	APX
02400154	JAMP-ALPRAZOLAM	JMP
02229814	MYLAN-ALPRAZOLAM	MYL
02404907	RIVA-ALPRAZOLAM	RIV
00813958	XANAX TS	PFI

BROMAZÉPAM

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour benzodiazépine, soit 40 mg d'équivalents diazépam par jour. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale des benzodiazépines, c'est-à-dire pour l'ensemble des benzodiazépine administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 100 jours (4 000 équivalents diazépam sur 100 jours). Selon la monographie du médicament diazépam, la posologie orale habituelle recommandée pour un adulte peut aller jusqu'à 40 mg par jour.

ST 1.5MG COMPRIMÉ

02177153	APO-BROMAZEPAM	APX

ST 3MG COMPRIMÉ

02177161	APO-BROMAZEPAM	APX
02220520	BROMAZEPAM	PDL
02230584	TEVA-BROMAZEPAM	TEV

ST 6MG COMPRIMÉ

02177188	APO-BROMAZEPAM	APX
02220539	BROMAZEPAM	PDL

28:24.08 ANXIOLYTIQUES, SÉDATIFS ET HYPNOTIQUES - BENZODIAZÉPINES

BROMAZÉPAM

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour benzodiazépine, soit 40 mg d'équivalents diazépam par jour. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale des benzodiazépines, c'est-à-dire pour l'ensemble des benzodiazépine administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 100 jours (4 000 équivalents diazépam sur 100 jours). Selon la monographie du médicament diazépam, la posologie orale habituelle recommandée pour un adulte peut aller jusqu'à 40 mg par jour.

[ST] 6MG COMPRIMÉ

02230585	TEVA-BROMAZEPAM	TEV

DIAZEPAM

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour benzodiazépine, soit 40 mg d'équivalents diazépam par jour. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale des benzodiazépines, c'est-à-dire pour l'ensemble des benzodiazépine administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 100 jours (4 000 équivalents diazépam sur 100 jours). Selon la monographie du médicament diazépam, la posologie orale habituelle recommandée pour un adulte peut aller jusqu'à 40 mg par jour.

[ST] 2MG COMPRIMÉ

00405329	APO DIAZEPAM	APX
02247490	PMS-DIAZEPAM	PMS

[ST] 5MG COMPRIMÉ

00362158	APO DIAZEPAM	APX
00313580	DIAZEPAM	PDL
02247491	PMS-DIAZEPAM	PMS
00013285	VALIUM	HLR

[ST] 10MG COMPRIMÉ

00405337	APO DIAZEPAM	APX
02247492	PMS-DIAZEPAM	PMS

[ST] 1MG/ML SOLUTION

00891797	PMS-DIAZEPAM	PMS

DIAZÉPAM (DIASTAT)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable non nécessaire).

Pour les enfants de 12 ans et moins.

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments, le Programme des SSNA impose une limite de dose pour les benzodiazépines, soit 40 mg d'équivalents de diazépam par jour. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale des benzodiazépines, c'est-à-dire pour l'ensemble des benzodiazépines administrées à un client du Programme, sur une période de 100 jours (4,000 équivalents de diazépam sur 100 jours). Selon la monographie du médicament diazépam, la posologie orale habituelle recommandée pour un adulte peut aller jusqu'à 40 mg par jour.

[ST] 5MG/ML GEL

02238162	DIASTAT	VAE
09853340	DIASTAT 2X 10MG PAQUET RECTAL	ELN
09853430	DIASTAT 2X 15MG PAQUET RECTAL	ELN

LORAZÉPAM

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour benzodiazépine, soit 40 mg d'équivalents diazépam par jour. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale des benzodiazépines, c'est-à-dire pour l'ensemble des benzodiazépine administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 100 jours (4 000 équivalents diazépam sur 100 jours). Selon la monographie du médicament diazépam, la posologie orale habituelle recommandée pour un adulte peut aller jusqu'à 40 mg par jour.

[ST] 0.5MG COMPRIMÉ

00655740	APO-LORAZEPAM	APX
02041413	ATIVAN	PFI
02041456	ATIVAN SUBLINGUAL	PFI
02245784	DOM-LORAZEPAM	DPC
02351072	LORAZEPAM	SAN
02410745	LORAZEPAM SUBLINGUAL	AAP
00728187	PMS-LORAZEPAM	PMS
00655643	PRO-LORAZEPAM	PDL

28:24.08 ANXIOLYTIQUES, SÉDATIFS ET HYPNOTIQUES - BENZODIAZÉPINES

LORAZÉPAM

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour benzodiazépine, soit 40 mg d'équivalents diazépam par jour. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale des benzodiazépines, c'est-à-dire pour l'ensemble des benzodiazépine administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 100 jours (4 000 équivalents diazépam sur 100 jours). Selon la monographie du médicament diazépam, la posologie orale habituelle recommandée pour un adulte peut aller jusqu'à 40 mg par jour.

ST	**0.5MG COMPRIMÉ**	
	00711101 TEVA-LORAZEPAM	TEV
ST	**1MG COMPRIMÉ**	
	00655759 APO-LORAZEPAM	APX
	02041421 ATIVAN	PFI
	02041464 ATIVAN SUBLINGUAL	PFI
	02245785 DOM-LORAZEPAM	DPC
	02351080 LORAZEPAM	SAN
	02410753 LORAZEPAM SUBLINGUAL	AAP
	00728195 PMS-LORAZEPAM	PMS
	00655651 PRO-LORAZEPAM	PDL
	00637742 TEVA-LORAZEPAM	TEV
ST	**2MG COMPRIMÉ**	
	00655767 APO-LORAZEPAM	APX
	02041448 ATIVAN	PFI
	02041472 ATIVAN SUBLINGUAL	PFI
	02245786 DOM-LORAZEPAM	DPC
	02351099 LORAZEPAM	SAN
	02410761 LORAZEPAM SUBLINGUAL	AAP
	00728209 PMS-LORAZEPAM	PMS
	00655678 PRO-LORAZEPAM	PDL
	00637750 TEVA-LORAZEPAM	TEV

NITRAZÉPAM

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour benzodiazépine, soit 40 mg d'équivalents diazépam par jour. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale des benzodiazépines, c'est-à-dire pour l'ensemble des benzodiazépine administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 100 jours (4 000 équivalents diazépam sur 100 jours). Selon la monographie du médicament diazépam, la posologie orale habituelle recommandée pour un adulte peut aller jusqu'à 40 mg par jour.

ST	**5MG COMPRIMÉ**	
	00511528 MOGADON	AAP
ST	**10MG COMPRIMÉ**	
	00511536 MOGADON	AAP

OXAZÉPAM

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour benzodiazépine, soit 40 mg d'équivalents diazépam par jour. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale des benzodiazépines, c'est-à-dire pour l'ensemble des benzodiazépine administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 100 jours (4 000 équivalents diazépam sur 100 jours). Selon la monographie du médicament diazépam, la posologie orale habituelle recommandée pour un adulte peut aller jusqu'à 40 mg par jour.

ST	**10MG COMPRIMÉ**	
	00402680 APO OXAZEPAM	APX
	00497754 OXAZEPAM	PDL
	00414247 OXPAM	BMI
	00568392 RIVA OXAZEPAM	RIV
ST	**15MG COMPRIMÉ**	
	00402745 APO OXAZEPAM	APX
	00497762 OXAZEPAM	PDL
	00568406 RIVA OXAZEPAM	RIV

28:24.08 ANXIOLYTIQUES, SÉDATIFS ET HYPNOTIQUES - BENZODIAZÉPINES

OXAZÉPAM

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour benzodiazépine, soit 40 mg d'équivalents diazépam par jour. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale des benzodiazépines, c'est-à-dire pour l'ensemble des benzodiazépine administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 100 jours (4 000 équivalents diazépam sur 100 jours). Selon la monographie du médicament diazépam, la posologie orale habituelle recommandée pour un adulte peut aller jusqu'à 40 mg par jour.

ST 30MG COMPRIMÉ

00402737	APO OXAZEPAM	APX
00497770	OXAZEPAM	PDL
00414263	OXPAM	BMI
00568414	RIVA OXAZEPAM	RIV

TÉMAZÉPAM

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour benzodiazépine, soit 40 mg d'équivalents diazépam par jour. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale des benzodiazépines, c'est-à-dire pour l'ensemble des benzodiazépine administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 100 jours (4 000 équivalents diazepam sur 100 jours). Selon la monographie du médicament diazépam, la posologie orale habituelle recommandée pour un adulte peut aller jusqu'à 40 mg par jour.

ST 15MG CAPSULE

00604453	RESTORIL	AAP
02225964	TEMAZEPAM	APX
02229760	TEMAZEPAM	PDL
02230095	TEVA-TEMAZEPAM	TEV

ST 30MG CAPSULE

00604461	RESTORIL	AAP
02225972	TEMAZEPAM	APX
02229761	TEMAZEPAM	PDL
02230102	TEVA-TEMAZEPAM	TEV

TRIAZOLAM

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Dans le but de promouvoir une utilisation sécuritaire, efficace et efficiente des médicaments SSNA a une limite de dose pour benzodiazépine, soit 40 mg d'équivalents diazépam par jour. Cette limite sera déterminée d'après la dose totale des benzodiazépines, c'est-à-dire pour l'ensemble des benzodiazépine administrés à un client du Programme des SSNA, sur une période de 100 jours (4 000 équivalents diazépam sur 100 jours). Selon la monographie du médicament diazépam, la posologie orale habituelle recommandée pour un adulte peut aller jusqu'à 40 mg par jour.

ST 0.25MG COMPRIMÉ

00808571	TRIAZOLAM	AAP

28:32.28 AGONISTES SÉLECTIFS DE LA SÉROTONINE

ALMOTRIPTAN (MALATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Un total de 12 comprimés est autorisé par période de 30 jours.

6.25MG COMPRIMÉ

02405792	APO-ALMOTRIPTAN	APX
02248128	AXERT	MCL
02398435	MYLAN-ALMOTRIPTAN	MYL

12.5MG COMPRIMÉ

02424029	ALMOTRIPTAN	PDL
02405806	APO-ALMOTRIPTAN	APX
02248129	AXERT	MCL
02398443	MYLAN-ALMOTRIPTAN	MYL
02405334	SANDOZ ALMOTRIPTAN	SDZ

28:32.28 AGONISTES SÉLECTIFS DE LA SÉROTONINE

NARATRIPTAN (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Un total de 12 comprimés est autorisé par période de 30 jours.

1MG COMPRIMÉ

02237820	AMERGE	GSK
02314290	TEVA-NARATRIPTAN	TEV

2.5MG COMPRIMÉ

02237821	AMERGE	GSK
02322323	SANDOZ NARATRIPTAN	SDZ
02314304	TEVA-NARATRIPTAN	TEV

RIZATRIPTAN (BENZOATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Un total de 12 comprimés est autorisé par période de 30 jours.

5MG COMPRIMÉ

02393468	APO-RIZATRIPTAN	APX
02380455	JAMP-RIZATRIPTAN	JMP
02429233	JAMP-RIZATRIPTAN IR	JMP
02379651	MAR-RIZATRIPTAN	MAR
02428512	VAN-RIZATRIPTAN	VAN

10MG COMPRIMÉ

02381702	ACT RIZATRIPTAN	ACG
02393476	APO-RIZATRIPTAN	APX
02441144	AURO-RIZATRIPTAN	AUR
02380463	JAMP-RIZATRIPTAN	JMP
02429241	JAMP-RIZATRIPTAN IR	JMP
02379678	MAR-RIZATRIPTAN	MAR
02240521	MAXALT	FRS
02428520	VAN-RIZATRIPTAN	VAN

5MG COMPRIMÉ (DISSOLUTION ORALE)

02374730	ACT RIZATRIPTAN ODT	ACG
02393484	APO-RIZATRIPTAN RPD	APX
02465086	JAMP-RIZATRIPTAN ODT	JMP
02462788	MAR-RIZATRIPTAN ODT	MAR
02240518	MAXALT RPD	FRS
02379198	MYLAN-RIZATRIPTAN ODT	MYL
02436604	NAT-RIZATRIPTAN ODT	NPH
02393360	PMS-RIZATRIPTAN RDT	PMS
02423456	RIVA-RIZATRIPTAN ODT	RIV
02442906	RIZATRIPTAN ODT	SAN
02446111	RIZATRIPTAN ODT	SIV
02415798	RIZATRIPTAN RDT	PDL
02351870	SANDOZ RIZATRIPTAN ODT	SDZ
02396661	TEVA-RIZATRIPTAN ODT	TEV

10MG COMPRIMÉ (DISSOLUTION ORALE)

02374749	ACT RIZATRIPTAN ODT	ACG
02393492	APO-RIZATRIPTAN RPD	APX
02396203	DOM-RIZATRIPTAN RDT	DPC
02465094	JAMP-RIZATRIPTAN ODT	JMP
02462796	MAR-RIZATRIPTAN ODT	MAR
02240519	MAXALT RPD	FRS
02379201	MYLAN-RIZATRIPTAN ODT	MYL

28:32.28 AGONISTES SÉLECTIFS DE LA SÉROTONINE

RIZATRIPTAN (BENZOATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Un total de 12 comprimés est autorisé par période de 30 jours.

10MG COMPRIMÉ (DISSOLUTION ORALE)

02436612	NAT-RIZATRIPTAN ODT	NPH
02393379	PMS-RIZATRIPTAN RDT	PMS
02423464	RIVA-RIZATRIPTAN ODT	RIV
02442914	RIZATRIPTAN ODT	SAN
02446138	RIZATRIPTAN ODT	SIV
02415801	RIZATRIPTAN RDT	PDL
02351889	SANDOZ RIZATRIPTAN ODT	SDZ
02396688	TEVA-RIZATRIPTAN ODT	TEV
02448505	VAN-RIZATRIPTAN ODT	VAN

SUMATRIPTAN (SUCCINATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Un total de 12 comprimés (ou injections) est autorisé par période de 30 jours.

25MG COMPRIMÉ

02257882	ACT SUMATRIPTAN	ACG
02270749	DOM-SUMATRIPTAN	DPC
02268906	MYLAN-SUMATRIPTAN	MYL
02256428	PMS-SUMATRIPTAN	PMS
02286815	TEVA-SUMATRIPTAN DF	TEV

50MG COMPRIMÉ

02257890	ACT SUMATRIPTAN	ACG
02268388	APO-SUMATRIPTAN	APX
02270757	DOM-SUMATRIPTAN	DPC
02212153	IMITREX DF	GSK
02268914	MYLAN-SUMATRIPTAN	MYL
02256436	PMS-SUMATRIPTAN	PMS
02263025	SANDOZ SUMATRIPTAN	SDZ
02286521	SUMATRIPTAN	SAN
02324652	SUMATRIPTAN	PDL
02385570	SUMATRIPTAN DF	SIV
02286823	TEVA-SUMATRIPTAN DF	TEV

100MG COMPRIMÉ

02257904	ACT SUMATRIPTAN	ACG
02268396	APO-SUMATRIPTAN	APX
02270765	DOM-SUMATRIPTAN	DPC
02212161	IMITREX DF	GSK
02268922	MYLAN-SUMATRIPTAN	MYL
02256444	PMS-SUMATRIPTAN	PMS
02263033	SANDOZ SUMATRIPTAN	SDZ
02286548	SUMATRIPTAN	SAN
02324660	SUMATRIPTAN	PDL
02385589	SUMATRIPTAN DF	SIV
02239367	TEVA-SUMATRIPTAN	TEV
02286831	TEVA-SUMATRIPTAN DF	TEV

6MG/0.5ML INJECTION

99000598	IMITREX TROUSSE DE DÉPART	GSK

12MG/ML SOLUTION

02212188	IMITREX	GSK

28:32.28 AGONISTES SÉLECTIFS DE LA SÉROTONINE

SUMATRIPTAN (SUCCINATE DE)

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Un total de 12 comprimés (ou injections) est autorisé par période de 30 jours.

12MG/ML SOLUTION

02361698	TARO-SUMATRIPTAN	TAR

ZOLMITRIPTAN

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Un total de 12 comprimés est autorisé par période de 30 jours.

2.5MG COMPRIMÉ

02380951	APO-ZOLMITRIPTAN	APX
02389525	DOM-ZOLMITRIPTAN	DPC
02421623	JAMP-ZOLMITRIPTAN	JMP
02399458	MAR-ZOLMITRIPTAN	MAR
02419521	MINT-ZOLMITRIPTAN	MIN
02369036	MYLAN-ZOLMITRIPTAN	MYL
02421534	NAT-ZOLMITRIPTAN	NPH
02324229	PMS-ZOLMITRIPTAN	PMS
02401304	RIVA-ZOLMITRIPTAN	RIV
02362988	SANDOZ ZOLMITRIPTAN	SDZ
02313960	TEVA-ZOLMITRIPTAN	TEV
02379929	ZOLMITRIPTAN	PDL
02238660	ZOMIG	AZC

2.5MG COMPRIMÉ (DISSOLUTION ORALE)

02438453	AG-ZOLMITRIPTAN ODT	ANG
02381575	APO-ZOLMITRIPTAN RAPID	APX
02428237	JAMP-ZOLMITRIPTAN ODT	JMP
02387158	MYLAN-ZOLMITRIPTAN ODT	MYL
02324768	PMS-ZOLMITRIPTAN ODT	PMS
02362996	SANDOZ ZOLMITRIPTAN ODT	SDZ
02428474	SEPTA-ZOLMITRIPTAN-ODT	SPT
02342545	TEVA-ZOLMITRIPTAN OD	TEV
02438763	VAN-ZOLMITRIPTAN ODT	VAN
02379988	ZOLMITRIPTAN ODT	PDL
02243045	ZOMIG RAPIMELT	AZC

28:36.20 ANTIPARKINSONIENS - AGONISTES DES RÉCEPTEURS DE LA DOPAMINE

CABERGOLINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'hyperprolactinémie chez les patients qui n'ont pas obtenu de bons résultats avec la bromocriptine ou qui sont incapables de tolérer ce produit.

0.5MG COMPRIMÉ

02301407	ACT CABERGOLINE	ACG
02455897	APO-CABERGOLINE	APX
02242471	DOSTINEX	PFI

ROTIGOTINE

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Comme traitement d'appoint à la lévodopa pour le traitement des patients avec la maladie de Parkinson à un stade avancé; ET
Le patient reçoit actuellement un traitement avec la lévodopa.

2MG TIMBRE CUTANÉ

02403900	NEUPRO	UCB

28:36.20 ANTIPARKINSONIENS - AGONISTES DES RÉCEPTEURS DE LA DOPAMINE

ROTIGOTINE

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Comme traitement d'appoint à la lévodopa pour le traitement des patients avec la maladie de Parkinson à un stade avancé; ET
Le patient reçoit actuellement un traitement avec la lévodopa.

4MG TIMBRE CUTANÉ

02403927	NEUPRO	UCB

6MG TIMBRE CUTANÉ

02403935	NEUPRO	UCB

8MG TIMBRE CUTANÉ

02403943	NEUPRO	UCB

28:92.00 AUTRES MÉDICAMENTS DE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

ACAMPROSATE CALCIQUE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les patients qui ont été abstinents à l'alcool pour au moins 4 jours et qui sont inscrits à un programme de traitement de dépendance à l'alcool s'il est accessible.

333MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)

02293269	CAMPRAL	MYL

ATOMOXETINE HYDROCHLORIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients souffrant du trouble de déficit d'attention/hyperactivité (TDAH) qui répondent à un des critères suivants:
- Patients qui n'ont pas répondu ou sont intolérants au méthylphénidate ou aux amphétamines; OU
- Contre-indication à l'utilisation des stimulants; OU
- Il y a un risque potentiel de mésusage ou de diversion chez le patient; OU
- Atomoxetine est prescrit par un pédiatre ou un psychiatre.

10MG CAPSULE

02318024	APO-ATOMOXETINE	APX
02358190	ATOMOXETINE	AAP
02396904	ATOMOXETINE	PDL
02445883	ATOMOXETINE	SIV
02390469	DOM-ATOMOXETINE	DPC
02381028	PMS-ATOMOXETINE	PMS
02405962	RIVA-ATOMOXETINE	RIV
02386410	SANDOZ ATOMOXETINE	SDZ
02262800	STRATTERA	LIL
02314541	TEVA-ATOMOXETINE	TEV

18MG CAPSULE

02318032	APO-ATOMOXETINE	APX
02358204	ATOMOXETINE	AAP
02396912	ATOMOXETINE	PDL
02445905	ATOMOXETINE	SIV
02390477	DOM-ATOMOXETINE	DPC
02378930	MYLAN-ATOMOXETINE	MYL
02381036	PMS-ATOMOXETINE	PMS
02386429	SANDOZ ATOMOXETINE	SDZ
02262819	STRATTERA	LIL
02314568	TEVA-ATOMOXETINE	TEV

25MG CAPSULE

02318040	APO-ATOMOXETINE	APX
02358212	ATOMOXETINE	AAP
02396920	ATOMOXETINE	PDL
02445913	ATOMOXETINE	SIV
02390485	DOM-ATOMOXETINE	DPC

28:92.00 AUTRES MÉDICAMENTS DE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

ATOMOXETINE HYDROCHLORIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients souffrant du trouble de déficit d'attention/hyperactivité (TDAH) qui répondent à un des critères suivants:
- Patients qui n'ont pas répondu ou sont intolérants au méthylphénidate ou aux amphétamines; OU
- Contre-indication à l'utilisation des stimulants; OU
- Il y a un risque potentiel de mésusage ou de diversion chez le patient; OU
- Atomoxetine est prescrit par un pédiatre ou un psychiatre.

25MG CAPSULE

02378949	MYLAN-ATOMOXETINE	MYL
02381044	PMS-ATOMOXETINE	PMS
02405989	RIVA-ATOMOXETINE	RIV
02386437	SANDOZ ATOMOXETINE	SDZ
02262827	STRATTERA	LIL
02314576	TEVA-ATOMOXETINE	TEV

40MG CAPSULE

02318059	APO-ATOMOXETINE	APX
02358220	ATOMOXETINE	AAP
02396939	ATOMOXETINE	PDL
02445948	ATOMOXETINE	SIV
02390493	DOM-ATOMOXETINE	DPC
02378957	MYLAN-ATOMOXETINE	MYL
02381052	PMS-ATOMOXETINE	PMS
02405997	RIVA-ATOMOXETINE	RIV
02386445	SANDOZ ATOMOXETINE	SDZ
02262835	STRATTERA	LIL
02314584	TEVA-ATOMOXETINE	TEV

60MG CAPSULE

02318067	APO-ATOMOXETINE	APX
02358239	ATOMOXETINE	AAP
02396947	ATOMOXETINE	PDL
02445956	ATOMOXETINE	SIV
02390515	DOM-ATOMOXETINE	DPC
02378965	MYLAN-ATOMOXETINE	MYL
02381060	PMS-ATOMOXETINE	PMS
02406004	RIVA-ATOMOXETINE	RIV
02386453	SANDOZ ATOMOXETINE	SDZ
02262843	STRATTERA	LIL
02314592	TEVA-ATOMOXETINE	TEV

80MG CAPSULE

02318075	APO-ATOMOXETINE	APX
02358247	ATOMOXETINE	AAP
02378973	MYLAN-ATOMOXETINE	MYL
02404664	PMS-ATOMOXETINE	PMS
02422824	RIVA-ATOMOXETINE	RIV
02386461	SANDOZ ATOMOXETINE	SDZ
02279347	STRATTERA	LIL
02362511	TEVA-ATOMOXETINE	TEV

100MG CAPSULE

02318083	APO-ATOMOXETINE	APX
02358255	ATOMOXETINE	AAP
02378981	MYLAN-ATOMOXETINE	MYL
02404672	PMS-ATOMOXETINE	PMS
02422832	RIVA-ATOMOXETINE	RIV

28:92.00 AUTRES MÉDICAMENTS DE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

ATOMOXETINE HYDROCHLORIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients souffrant du trouble de déficit d'attention/hyperactivité (TDAH) qui répondent à un des critères suivants:
- Patients qui n'ont pas répondu ou sont intolérants au méthylphénidate ou aux amphétamines; OU
- Contre-indication à l'utilisation des stimulants; OU
- Il y a un risque potentiel de mésusage ou de diversion chez le patient; OU
- Atomoxetine est prescrit par un pédiatre ou un psychiatre.

100MG CAPSULE

02386488	SANDOZ ATOMOXETINE	SDZ
02279355	STRATTERA	LIL
02362538	TEVA-ATOMOXETINE	TEV

32:00 CONTRACEPTIFS (NON-ORAUX)

32:00.00 CONTRACEPTIFS (NON-ORAUX)

DISPOSITIF INTRAUTÉRIN

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Couverture accordée pour un 1 stérilet tous les 12 mois.

DISPOSITIF

00970328	FLEXI-T +300 DIU	TSN
00970336	FLEXI-T +380 DIU	TSN
98099999	FLEXI-T 300 DIU	TSN
99401085	LIBERTE UT380 COURT DIU	MSF
99401086	LIBERTE UT380 STANDARD DIU	MSF
00970379	MONA LISA 10 DIU	SEA
00970387	MONA LISA 5 DIU	SEA
00970395	MONA LISA N DIU	SEA
99400482	NOVA-T COPP 3 CU 200 DIU	BEX

36:00 AGENTS DIAGNOSTIQUES (A.D.)

36:26.00 A. D. - DIABÈTE MELLITUS

GLUCOSE OXIDASE, PEROXIDASE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La quantité de bandelettes qui seront couvertes par le Programme des SSNA dépendra du traitement médical du client:
- Les clients qui traitent leur diabète avec de l'insuline pourront recevoir 500 bandelettes d'analyse pour une période de 100 jours. Le client pourra surveiller sa glycémie cinq fois par jour.
- Les clients qui traitent leur diabète à l'aide d'un médicament antidiabétique hautement susceptible de causer l'hypoglycémie. Les clients pourront recevoir 400 bandelettes d'analyse pour une période de 365 jours. Le client pourra surveiller sa glycémie une fois par jour.
- Les clients qui traitent leur diabète à l'aide d'un médicament antidiabétique peu susceptible de causer l'hypoglycémie. Les clients recevoir 200 bandelettes pour une période de 365 jours. Le client pourra surveiller sa glycémie trois ou quatre fois par semaine.
- Les clients qui maîtrisent leur diabète par leur alimentation ou leur mode de vie (pas d'insuline ni de médicament contre le diabète) pourront recevoir 200 bandelettes d'analyse pour une période de 365 jours. Le client pourra surveiller sa glycémie trois ou quatre fois par semaine.

BÂTONNETS

99101387	ACCU-CHEK GUIDE BATONNET	ROD
09857563	ACCU-CHEK GUIDE BATONNET (ON)	ROD
97799177	ACCU-CHEK GUIDE BATONNET (SK)	ROD

ACCU-CHEK ADVANTAGE BÂTONNETS

09853626	ACCU-CHEK ADVANTAGE BANDELETTE	ROD
97799824	ACCU-CHEK ADVANTAGE BANDELETTE	ROD

ACCU-CHEK AVIVA BÂTONNETS

09857178	ACCU-CHEK ADVANTAGE BANDELETTE	ROD
97799814	ACCU-CHEK AVIVA BANDELETTE	ROD

ACCU-CHEK COMPACT BÂTONNETS

09854282	ACCU-CHEK COMPACT BANDELETTE	ROD

36:26.00 A. D. - DIABÈTE MELLITUS

GLUCOSE OXIDASE, PEROXIDASE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La quantité de bandelettes qui seront couvertes par le Programme des SSNA dépendra du traitement médical du client:
• Les clients qui traitent leur diabète avec de l'insuline pourront recevoir 500 bandelettes d'analyse pour une période de 100 jours. Le client pourra surveiller sa glycémie cinq fois par jour.
• Les clients qui traitent leur diabète à l'aide d'un médicament antidiabétique hautement susceptible de causer l'hypoglycémie. Les clients pourront recevoir 400 bandelettes d'analyse pour une période de 365 jours. Le client pourra surveiller sa glycémie une fois par jour.
• Les clients qui traitent leur diabète à l'aide d'un médicament antidiabétique peu susceptible de causer l'hypoglycémie. Les clients recevoir 200 bandelettes pour une période de 365 jours. Le client pourra surveiller sa glycémie trois ou quatre fois par semaine.
• Les clients qui maîtrisent leur diabète par leur alimentation ou leur mode de vie (pas d'insuline ni de médicament contre le diabète) pourront recevoir 200 bandelettes d'analyse pour une période de 365 jours. Le client pourra surveiller sa glycémie trois ou quatre fois par semaine.

ACCU-CHEK COMPACT BÂTONNETS	
97799962 ACCU-CHEK COMPACT BANDELETTE	ROD
ACCU-CHEK MOBILE BÂTONNETS	
09857452 ACCU-CHEK MOBILE BANDELETTE	ROD
97799497 ACCU-CHEK MOBILE CASSETTE BAND	ROD
ACCUTREND BÂTONNETS	
09853162 ACCUTREND GLUCOSE BANDELETTE	ROD
97799959 ACCUTREND GLUCOSE BANDELETTE	ROD
ASCENSIA BREEZE 2 BÂTONNETS	
09857293 ASCENSIA BREEZE 2 BANDELETTE	BAY
97799748 ASCENSIA BREEZE 2 BANDELETTE	BAY
ASCENSIA CONTOUR BÂTONNETS	
09857127 ASCENSIA CONTOUR BANDELETTE	BAY
97799702 ASCENSIA CONTOUR BANDELETTE	BAY
BG STAR BÂTONNETS	
97799465 BG STAR BANDELETTE (100)	SAC
09857422 BG STAR BANDELETTE (ON)	SAC
CONTOUR NEXT BÂTONNETS	
97799459 CONTOUR NEXT BANDELETTE (100)	BAY
09857453 CONTOUR NEXT BANDELETTE (ON)	BAY
EZ HEALTH BÂTONNETS	
09857357 EZ HEALTH ORACLE BANDELETTE	TRE
97799564 EZ HEALTH ORACLE BANDELETTE	TRE
FREESTYLE BÂTONNETS	
09857141 FREESTYLE BANDELETTE	ABB
97799829 FREESTYLE BANDELETTE	ABB
FREESTYLE LITE BÂTONNETS	
09857297 FREESTYLE LITE BANDELETTE	ABB
97799597 FREESTYLE LITE BANDELETTE	ABB
FREESTYLE PRECISION BÂTONNETS	
09857502 FREESTYLE PRECISION BANDELETTE	ABB
97799346 FREESTYLE PRECISION BANDELETTE	ABB
GE200 BÂTONNETS	
09857525 GE200 BABDELETTE (100) (SK)	AUC
97799373 GE200 BABDELETTE (100) (SK)	AUC
ITEST BÂTONNETS	
09857343 ITEST BANDELETTE	AUC
97799692 ITEST BANDELETTE	AUC
MEDI+SURE BÂTONNETS	
97799403 MEDI+SURE BANDELETTE (ON)	MEC
09857432 MEDI+SURE BANDELETTE (ON)	MEC

36:26.00 A. D. - DIABÈTE MELLITUS

GLUCOSE OXIDASE, PEROXIDASE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La quantité de bandelettes qui seront couvertes par le Programme des SSNA dépendra du traitement médical du client:
• Les clients qui traitent leur diabète avec de l'insuline pourront recevoir 500 bandelettes d'analyse pour une période de 100 jours. Le client pourra surveiller sa glycémie cinq fois par jour.
• Les clients qui traitent leur diabète à l'aide d'un médicament antidiabétique hautement susceptible de causer l'hypoglycémie. Les clients pourront recevoir 400 bandelettes d'analyse pour une période de 365 jours. Le client pourra surveiller sa glycémie une fois par jour.
• Les clients qui traitent leur diabète à l'aide d'un médicament antidiabétique peu susceptible de causer l'hypoglycémie. Les clients recevoir 200 bandelettes pour une période de 365 jours. Le client pourra surveiller sa glycémie trois ou quatre fois par semaine.
• Les clients qui maîtrisent leur diabète par leur alimentation ou leur mode de vie (pas d'insuline ni de médicament contre le diabète) pourront recevoir 200 bandelettes d'analyse pour une période de 365 jours. Le client pourra surveiller sa glycémie trois ou quatre fois par semaine.

NOVA MAX BÂTONNETS

09857313 NOVA MAX BANDELETTE NCA

ONE TOUCH ULTRA BÂTONNETS

09854290 ONE TOUCH BANDELETTE JAJ
97799985 ONE TOUCH BANDELETTE JAJ

ONE TOUCH VERIO BÂTONNETS

09857392 ONE TOUCH VERIO BANDELETTE (ON) JAJ
97799475 ONE TOUCH VERIO BANDELETTE JAJ

PRECISION XTRA BÂTONNETS

09854070 PRECISION XTRA BANDELETTE ABB
97799840 PRECISION XTRA BANDELETTE AUC

SIDEKICK BÂTONNETS

97799601 SIDEKICK BANDELETTE HOD

SPIRIT BÂTONNETS

97799291 FIRST CANHEALTH SPIRIT ARA
09857547 SPIRIT BANDELETTE(ON) ARA

SURE STEP BÂTONNETS

97799355 SURE STEP BANDELETTE SKY

SURETEST BÂTONNETS

09857522 SURETEST (ON) BANDELETTE SKY

TRUETEST BÂTONNETS

97799532 TRUETEST BANDELETTE HOD

TRUETRACK BÂTONNETS

09857283 TRUE TRACK BANDELETTE AUC
97799602 TRUE TRACK BANDELETTE HOD

40:00 ÉLECTROLYTES-DIURÉTIQUES

40:18.19 AGENTS ÉCHANGEURS DE PHOSPHATE

LANTHANUM CARBONATE HYDRATE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour des concentrations élevées de phosphore OU de produit phosphocalcique malgré la réduction de l'apport en phosphate dans l'alimentation et l'utilisation de liants calciques du phosphate (les hausses de courte durée devraient être traitées avec des liants alumineux).

Pour des concentrations élevées de calcium malgré l'abandon du liant calcique, et analogues de la vitamine D et/ou modification du dialysat de calcium.

Pour l'ostéopathie adynamique, concentrations insuffisantes de parathormone (< 100 pg/ml ou 0.9 pmol/L) et concentrations normales ou élevées de calcium.

250MG COMPRIMÉ (CROQUABLE)

02287145 FOSRENOL SHI

500MG COMPRIMÉ (CROQUABLE)

02287153 FOSRENOL SHI

750MG COMPRIMÉ (CROQUABLE)

02287161 FOSRENOL SHI

40:18.19 AGENTS ÉCHANGEURS DE PHOSPHATE

LANTHANUM CARBONATE HYDRATE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour des concentrations élevées de phosphore OU de produit phosphocalcique malgré la réduction de l'apport en phosphate dans l'alimentation et l'utilisation de liants calciques du phosphate (les hausses de courte durée devraient être traitées avec des liants alumineux).

Pour des concentrations élevées de calcium malgré l'abandon du liant calcique, et analogues de la vitamine D et/ou modification du dialysat de calcium.

Pour l'ostéopathie adynamique, concentrations insuffisantes de parathormone (< 100 pg/ml ou 0.9 pmol/L) et concentrations normales ou élevées de calcium.

1000MG COMPRIMÉ (CROQUABLE)

02287188 FOSRENOL SHI

SEVELAMER (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour des concentrations élevées de phosphore OU de produit phosphocalcique malgré la réduction de l'apport en phosphate dans l'alimentation et l'utilisation de liants calciques du phosphate (les hausses de courte durée devraient être traitées avec des liants alumineux).

Pour des concentrations élevées de calcium malgré l'abandon du liant calcique, et analogues de la vitamine D et/ou modification du dialysat de calcium.

Pour l'ostéopathie adynamique, concentrations insuffisantes de parathormone (< 100 pg/ml ou 0.9 pmol/L) et concentrations normales ou élevées de calcium.

800MG COMPRIMÉ

02244310 RENAGEL SAC

40:20.00 AGENTS CALORIFIQUES

LÉVOCARNITINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement d'un déficit primaire en carnitine.

330MG COMPRIMÉ

02144328 CARNITOR UNK

100MG/ML SOLUTION

02144336 CARNITOR UNK

200MG/ML SOLUTION

02144344 CARNITOR UNK

48:00 AGENTS DES VOIES RESPIRATOIRES

48:02.00 ANTIFIBROTIQUES

NINTEDANIB

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour une première demande - la couverture est fournie pour une période de 7 mois (6 mois plus 4 semaines de plus pour permettre de répéter la mesure de la fonction respiratoire):

Pour le traitement de patients adultes ayant un diagnostic de fibrose pulmonaire idiopathique (FPI) de niveau léger à modéré qui répondent aux critères suivants:
• Le diagnostic est confirmé par un pneumologue et d'un CT-scan à haute résolution, effectué dans les 24 derniers mois; ET
• Toutes autres causes de maladies pulmonaires (i.e. une collagénose avec manifestations vasculaires ou une pneumonie d'hypersensibilité) doivent être exclues; ET
• La FPI de niveau léger à modéré est définie par la capacité vitale forcée (CVF) étant égale ou supérieure à 50% de la valeur prédite; ET
• Le patient doit être soigné par un médecin ayant de l'expérience avec la FPI.

Pour un renouvellement de couverture à 6 mois - la couverture est fournie pour une période de 6 mois:
• Les patients NE doivent PAS souffrir d'une progression de la maladie qui est définie par un déclin absolu de la valeur prédite de la CVF égale ou supérieur à 10%, en se fondant sur la valeur du début de la thérapie jusqu'à la demande de renouvellement soit 6 mois plus tard. S'il y a eu progression de la maladie telle que définie précédemment, le résultat doit être validé avec la confirmation de la mesure de la fonction pulmonaire effectuée 4 semaines après les 6 mois de thérapie.

Pour des renouvellements subséquents de couverture à 12 mois - la couverture est fournie pour une période de 12 mois:
• Les patients NE doivent PAS souffrir d'une progression de la maladie qui est définie par un déclin absolu de la valeur prédite de la CVF égale ou supérieur à 10%, en se fondant sur la valeur du début de la thérapie jusqu'à la demande de renouvellement soit 12 mois plus tard. S'il y a eu progression de la maladie telle que définie précédemment, le résultat doit être validé avec la confirmation de la mesure de la fonction pulmonaire effectuée 4 semaines après 12 mois de thérapie.

Une utilisation en association d'Ofev (nintedanib) avec Esbriet (pirfenidone) ne sera pas acceptée.

100MG CAPSULE

02443066 OFEV BOE

150MG CAPSULE

02443074 OFEV BOE

PIRFENIDONE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour une première demande - la couverture est fournie pour une période de 7 mois (6 mois plus 4 semaines de plus pour permettre de répéter la mesure de la fonction respiratoire):

Pour le traitement de patients adultes ayant un diagnostic de fibrose pulmonaire idiopathique (FPI) de niveau léger à modéré qui répondent aux critères suivants:
• Le diagnostic est confirmé par un pneumologue et d'un CT-scan à haute résolution, effectué dans les 24 derniers mois; ET
• Toutes autres causes de maladies pulmonaires (i.e. une collagénose avec manifestations vasculaires ou une pneumonie d'hypersensibilité) doivent être exclues; ET
• La FPI de niveau léger à modéré est définie par la capacité vitale forcée (CVF) étant égale ou supérieure à 50% de la valeur prédite; ET
• Le patient doit être soigné par un médecin ayant de l'expérience avec la FPI.

Pour un renouvellement de couverture à 6 mois - la couverture est fournie pour une période de 6 mois:
• Les patients NE doivent PAS souffrir d'une progression de la maladie qui est définie par un déclin absolu de la valeur prédite de la CVF égale ou supérieur à 10%, en se fondant sur la valeur du début de la thérapie jusqu'à la demande de renouvellement soit 6 mois plus tard. S'il y a eu progression de la maladie telle que définie précédemment, le résultat doit être validé avec la confirmation de la mesure de la fonction pulmonaire effectuée 4 semaines après les 6 mois de thérapie.

Pour des renouvellements subséquents de couverture à 12 mois - la couverture est fournie pour une période de 12 mois:
• Les patients NE doivent PAS souffrir d'une progression de la maladie qui est définie par un déclin absolu de la valeur prédite de la CVF égale ou supérieur à 10%, en se fondant sur la valeur du début de la thérapie jusqu'à la demande de renouvellement soit 12 mois plus tard. S'il y a eu progression de la maladie telle que définie précédemment, le résultat doit être validé avec la confirmation de la mesure de la fonction pulmonaire effectuée 4 semaines après 12 mois de thérapie.

Une utilisation en association d'Ofev (nintedanib) avec Esbriet (pirfenidone) ne sera pas acceptée.

267MG CAPSULE

02393751 ESBRIET HLR

267MG COMPRIMÉ

02464489 ESBRIET HLR

801MG COMPRIMÉ

02464500 ESBRIET HLR

48:10.24 MODIFICATEUR DES RÉCEPTEURS DES LEUCOTRIÈNES

MONTELUKAST SODIQUE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'asthme:
- en association avec les corticostéroïdes; OU
- chez les patients asthmatiques qui ne sont pas bien contrôlés avec les corticostéroïdes en inhalation ou qui ne peuvent les tolérer.

ST	**10MG COMPRIMÉ**	
02374609	APO-MONTELUKAST	APX
02401274	AURO-MONTELUKAST	AUR
02376695	DOM-MONTELUKAST	DPC
02391422	JAMP-MONTELUKAST	JMP
02399997	MAR-MONTELUKAST	MAR
02408643	MINT-MONTELUKAST	MIN
02379333	MONTELUKAST	SAN
02379856	MONTELUKAST	PDL
02382474	MONTELUKAST	SIV
02379236	MONTELUKAST SODIUM	ACC
02373947	PMS-MONTELUKAST	PMS
02389517	RAN-MONTELUKAST	RBY
02398826	RIVA-MONTELUKAST	RIV
02328593	SANDOZ MONTELUKAST	SDZ
02238217	SINGULAIR	FRS
02355523	TEVA-MONTELUKAST	TEV
	4MG COMPRIMÉ (CROQUABLE)	
02377608	APO-MONTELUKAST	APX
02422867	AURO-MONTELUKAST	AUR
02442353	JAMP-MONTELUKAST	JMP
02399865	MAR-MONTELUKAST	MAR
02408627	MINT-MONTELUKAST	MIN
02379317	MONTELUKAST	SAN
02379821	MONTELUKAST	PDL
02382458	MONTELUKAST	SIV
02354977	PMS-MONTELUKAST	PMS
02402793	RAN-MONTELUKAST	RBY
02330385	SANDOZ MONTELUKAST	SDZ
02243602	SINGULAIR	FRS
02355507	TEVA-MONTELUKAST	TEV
ST	**5MG COMPRIMÉ (CROQUABLE)**	
02377616	APO-MONTELUKAST	APX
02422875	AURO-MONTELUKAST	AUR
02442361	JAMP-MONTELUKAST	JMP
02399873	MAR-MONTELUKAST	MAR
02408635	MINT-MONTELUKAST	MIN
02379325	MONTELUKAST	SAN
02379848	MONTELUKAST	PDL
02382466	MONTELUKAST	SIV
02354985	PMS-MONTELUKAST	PMS
02402807	RAN-MONTELUKAST	RBY
02330393	SANDOZ MONTELUKAST	SDZ
02238216	SINGULAIR	FRS
02355515	TEVA-MONTELUKAST	TEV
ST	**4MG GRANULES**	
02358611	SANDOZ MONTELUKAST	SDZ
02247997	SINGULAIR	FRS

48:48.00 AGENTS VASODILATATEURS

BOSENTAN MONOHYDRATE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

La dose maximale approuvée est 125mg deux fois par jour.

Patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) de classe fonctionnelle III selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), idiopathique (c'est-à-dire primaire), ou associée à une condition congénitale ou un problème de santé systémique (p. ex. maladie du tissu conjonctif) et confirmée par cathétérisme cardiaque droit; ET
• dont la maladie ne répond pas au traitement par le sildénafil OU le tadalafil OU;
• pour lequel le sildénafil OU le tadalafil est contre-indiqué.

125MG COMPRIMÉ

02399210 APO-BOSENTAN APX

RIOCIGUAT

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients âgés de 18 ans ou plus atteints d'hypertension pulmonaire thromboembolique chronique (HPTEC) et selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) correspondant à l'hypertension pulmonaire en classe fonctionnelle 2 ou 3 avec:
• HPTEC inopérable, Groupe 4 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS);
OU
• HPTEC persistante ou récurrente après un traitement chirurgical; ET
• Prescripteur expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'HPTEC.

0.5MG COMPRIMÉ

02412764 ADEMPAS BAY

1MG COMPRIMÉ

02412772 ADEMPAS BAY

1.5MG COMPRIMÉ

02412799 ADEMPAS BAY

2MG COMPRIMÉ

02412802 ADEMPAS BAY

2.5MG COMPRIMÉ

02412810 ADEMPAS BAY

SELEXIPAG

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) chez les patients adultes en classe fonctionnelle (CF) II ou III de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), de l'hypertension artérielle pulmonaire idiopathique (HTAPI), de l'hypertension artérielle pulmonaire héritable (HTAPH), de l'HTAP associée à une affection du tissu conjonctif et de l'HTAP associée à une cardiopathie congénitale:
• Le patient est traité par un prescripteur qui a de l'expérience dans le diagnostic et le traitement de l'HTAP; ET
• Le patient a échoué aux thérapies de première et seconde lignes; OU
• Le patient a une contre-indication ou une intolérance aux thérapies de première et seconde lignes.

200MCG COMPRIMÉ

02451158 UPTRAVI ACN

400MCG COMPRIMÉ

02451166 UPTRAVI ACN

600MCG COMPRIMÉ

02451174 UPTRAVI ACN

800MCG COMPRIMÉ

02451182 UPTRAVI ACN

1000MCG COMPRIMÉ

02451190 UPTRAVI ACN

1200MCG COMPRIMÉ

02451204 UPTRAVI ACN

1400MCG COMPRIMÉ

02451212 UPTRAVI ACN

1600MCG COMPRIMÉ

02451220 UPTRAVI ACN

48:92.00 AGENTS DES VOIES RESPIRATOIRES DIVERS

OMALIZUMAB

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Critères pour une couverture initiale de 24 semaines à un dosage maximum de 300 mg aux 4 semaines (6 injections sur une période de 24 semaines).

1. Pour le traitement des adultes et des adolescents (de 12 ans et plus) présentant une urticaire chronique idiopathique (UCI) modérée à grave chez qui les symptômes (présence d'urticaire et /ou de démangeaison) persistent malgré la prise optimale d'antihistaminiques H1: ET
Le prescripteur est qualifié dans le traitement de l'UCI (Allergologue, Dermatologue, Immunologue, autre prescripteur qualifié dans le traitement l'UCI).

L'abandon du traitement à l'omalizumab pourrait être envisagé chez les patients qui ont obtenu un contrôle complet de leurs symptômes (UAS-7=0) durant au moins 12 semaines consécutives à la fin de la période de traitement de 24 semaines.

Critères pour un renouvellement de couverture.

2. Pour le traitement des adultes et des adolescents (de 12 ans et plus) présentant une urticaire chronique idiopathique (UCI) modérée à grave;
ET
Le patient a arrêté le traitement d'omalizumab après avoir obtenu un contrôle complet des symptômes (UAS-7=0). pour au moins 12 semaines durant la thérapie, mais a subit une récidive des symptômes; OU
Le patient a obtenu un contrôle complet des symptômes pour moins de 12 semaines consécutives; OU
Le patient a obtenu une réponse partielle au traitement, défini par une réduction d'au moins 9.5 ou plus du score d'activité de l'urticaire sur 7 jours avant le traitement (UAS-7).

Dans l'éventualité de l'arrêt du traitement avec l'omalizumab, parce qu'il y a eu un contrôle des symptômes chez le patient, un traitement à l'omalizumab pourrait être envisagé de nouveau s'il y a une réapparition des symptômes de l'UCI.

150MG POUDRE POUR SOLUTION

02260565	XOLAIR	NVR

52:00 MÉDICAMENTS POUR YEUX, OREILLES, NEZ, GORGE (O.R.L.O.)

52:28.00 O.R.L.O. - RINCE-BOUCHE ET GARGARISMES

BENZYDAMINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

• Pour le traitement d'une inflammation de la muqueuse causée par un traitement par irradiation et le traitement des ulcérations oropharyngiennes causées par des traitements de la chimiothérapie.
• Pour usage chez les patients immunodéprimés dont les muqueuses risquent de se détériorer.

0.15% RINCE BOUCHE

02239044	APO-BENZYDAMINE	APX
02229777	PHARIXIA	PED
02239537	PMS-BENZYDAMINE	PMS

52:92.00 AUTRES O.R.L.O.

AFLIBERCEPT

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de:
Edème maculaire diabétique (OMD)
Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) de type humide
Occlusion veineuse rétinienne (OVR)

Critères de couverture du aflibercept (Eylea) pour l'OMD, la OVR et la DMLA de type humide:
• Le médicament est administré par un ophtalmologue qualifié qui a de l'expérience en matière d'injections intravitréennes
• L'intervalle entre les doses n'est pas inférieur à un mois.

Nota: La couverture sera limitée à un maximum d'un flacon de Eylea par œil traité tous les 30 jours.

1. Pour le traitement de l'œdème maculaire diabétique (OMD) chez un patient qui remplit les critères suivants:
• Il s'agit d'un patient qui présente un œdème maculaire diabétique important sur le plan clinique et chez qui la photocoagulation par laser est également indiquée; ET
• Il s'agit d'un patient qui présente un taux d'hémoglobine glyquée inférieur à 12%.

2. Couverture initiale our le traitement d'un œil présentant une dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) de type humide (néovasculaire) chez un patient qui remplit tous les critères suivants:
• La meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) se situe entre 6/12 et 6/96.
• La plus grande dimension linéaire de la lésion est inférieure ou égale à 12 surfaces de disque.
• Des signes laissent présumer une progression récente (< 3 mois) de la maladie (croissance des vaisseaux sanguins, selon l'angiographie fluorescéinique ou la tomographie par cohérence optique (TCO).

Nota: La couverture ne sera pas accordée au patient s'il est dans l'une des situations suivantes:
• Il présente des lésions rétiniennes permanentes, conformément à la définition se trouvant dans les lignes directrices du Royal College of Ophthalmology.
• Il reçoit un traitement parallèle à la vertéporfine.

Prolongation de la couverture:
L'utilisation de Eylea pour traiter la DMLA de type humide doit uniquement être poursuivie si la réponse au traitement demeure adéquate.

Le traitement à Eylea doit être abandonné définitive ment si l'une des situations suivantes survient:
• La MAVC diminue de sorte qu'elle atteint un niveau inférieur à 15 lettres (valeur absolue) pour l'œil traité lors de deux (2) visites consécutives; cette diminution est attribuée à la DMLA en l'absence d'autres pathologies.
• La MAVC diminue de 30 lettres ou plus par rapport au niveau de référence ou au meilleur niveau consigné depuis que le niveau de référence a été mesuré; cette diminution peut révéler que les effets du traitement sont insuffisants, que des effets indésirables se sont manifestés ou les deux.
• Des signes de détérioration de la morphologie de la lésion sont constatés lors de trois (3) visites consécutives, malgré le recours à un traitement optimal.

3. Pour le traitement de OVR chez les patients qui remplit le critère suivant:
• Il s'agit d'un patient qui présente un œdème maculaire important sur le plan clinique, secondaire à une occlusion d'une branche veineuse rétinienne (OBVR); OU
• D'une occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR).
• Il est recommandé qu'Eylea soit administré une fois par mois. L'intervalle entre 2 doses ne doit pas être inférieur à un mois. Cet intervalle peut aller jusqu'à 3 mois dépendant des mesures visuelles et anatomiques. Les prescripteurs devraient évaluer régulièrement (au mois ou 2 mois) le besoin de continuer la thérapie.
• Le traitement avec les agents anti-VEGF doit être continué seulement chez les patients qui maintiennent une réponse adéquate à la thérapie.

40MG SOLUTION

02415992 EYLEA BAY

52:92.00 AUTRES O.R.L.O.

RANIBIZUMAB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de:
Edème maculaire diabétique (OMD)
Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) de type humide
Occlusion veineuse rétinienne (OVR)
Néovascularisation choroïdienne (NVC)

Critères de couverture du ranibizumab (Lucentis) pour l'OMD, la OVR, la NVC et la DMLA de type humide:
• Le médicament est administré par un ophtalmologue qualifié qui a de l'expérience en matière d'injections intravitréennes
• L'intervalle entre les doses n'est pas inférieur à un mois.

Nota: La couverture sera limitée à un maximum d'un flacon de Lucentis par œil traité tous les 30 jours.

1. Pour le traitement de l'œdème maculaire diabétique (OMD) chez un patient qui remplit les critères suivants:
• Il s'agit d'un patient qui présente un œdème maculaire diabétique important sur le plan clinique et chez qui la photocoagulation par laser est également indiquée; ET
• Il s'agit d'un patient qui présente un taux d'hémoglobine glyquée inférieur à 11%.

2. Couverture initiale our le traitement d'un œil présentant une dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) de type humide (néovasculaire) chez un patient qui remplit tous les critères suivants:
• La meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) se situe entre 6/12 et 6/96.
• La plus grande dimension linéaire de la lésion est inférieure ou égale à 12 surfaces de disque.
• Des signes laissent présumer une progression récente (< 3 mois) de la maladie (croissance des vaisseaux sanguins, selon l'angiographie fluorescéinique ou la tomographie par cohérence optique (TCO).

Nota: La couverture ne sera pas accordée au patient s'il est dans l'une des situations suivantes:
• Il présente des lésions rétiniennes permanentes, conformément à la définition se trouvant dans les lignes directrices du Royal College of Ophthalmology.
• Il reçoit un traitement parallèle à la vertéporfine.

Prolongation de la couverture:
L'utilisation de Lucentis pour traiter la DMLA de type humide doit uniquement être poursuivie si la réponse au traitement demeure adéquate.

Le traitement à Lucentis doit être abandonné définitive ment si l'une des situations suivantes survient:
• La MAVC diminue de sorte qu'elle atteint un niveau inférieur à 15 lettres (valeur absolue) pour l'œil traité lors de deux (2) visites consécutives; cette diminution est attribuée à la DMLA en l'absence d'autres pathologies.
• La MAVC diminue de 30 lettres ou plus par rapport au niveau de référence ou au meilleur niveau consigné depuis que le niveau de référence a été mesuré; cette diminution peut révéler que les effets du traitement sont insuffisants, que des effets indésirables se sont manifestés ou les deux.
• Des signes de détérioration de la morphologie de la lésion sont constatés lors de trois (3) visites consécutives, malgré le recours à un traitement optimal.

3. Pour le traitement de OVR chez les patients qui remplit le critère suivant:
• Il s'agit d'un patient qui présente un œdème maculaire important sur le plan clinique, secondaire à une occlusion d'une branche veineuse rétinienne (OBVR); OU
• D'une occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR).
• Le traitement doit être administré 1 fois par mois jusqu'à l'atteinte de l'acuité visuelle maximale, confirmée par l'obtention de résultats démontrant une acuité visuelle stable lors de 3 évaluations mensuelles consécutives réalisées au cours du traitement par ranibizumab. Par la suite, le patient doit faire l'objet d'une évaluation mensuelle de l'acuité visuelle.
• Il faut recommencer le traitement au moyen d'injections mensuelles lorsque le suivi révèle une baisse de l'acuité visuelle due à un œdème maculaire secondaire à une OVR et le poursuivre jusqu'à l'atteinte d'une acuité visuelle stable confirmée par 3 évaluations mensuelles consécutives.
• Le traitement avec les agents anti-VEGF doit être continué seulement chez les patients qui maintiennent une réponse adéquate à la thérapie.

4. Pour le traitement de la NVC chez les patients qui remplit le critère suivant:
• Il s'agit d'un patient qui présente une déficience visuelle suite à une néovascularisation choroïdienne secondaire à une myopie pathologique (NVCm).
• Le traitement s'amorce par une seule injection intravitréenne. On recommande d'effectuer des examens de suivis tous les mois au cours des deux premiers mois de traitement, puis au moins tous les trois mois pendant le reste de la première année. On recommande d'administrer une injection par mois lorsque le suivi révèle des signes d'activité de la maladie (p ex., baisse de l'acuité visuelle et/ou signes d'activité lésionnelle) et ce, jusqu'à la constatation de l'arrêt de la maladie.

10MG/ML SOLUTION

02296810 LUCENTIS	NVR
02425629 LUCENTIS PFS	NVR

VERTÉPORFINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients souffrant de dégénérescence maculaire liée à l'âge et qui sont traitées par un ophtalmologiste.

15MG/VIAL POUDRE POUR SOLUTION

02242367 VISUDYNE	VAE

56:00 GASTRO-INTESTINAUX

56:04.00 ANTIACIDES ET ADSORBANTS

BISMUTH (SUBSALICYLATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable non nécessaire).

La couverture sera limitée à 8 tablettes par jour pour 14 jours avec une période de non couverture pour les 28 jours suivants;
OU
La couverture sera limitée à 120mL par jour pour 14 jours avec une période de non couverture pour les 28 jours suivants.

262MG CAPLET

00245730	BISMUTH	JMP

262MG COMPRIMÉ

02326582	BISMUTH SUBSALICYLATE	UNK
02177994	PEPTO BISMOL	PGI

17.6MG/ML LIQUIDE

02097079	PEPTO BISMOL	PGI

56:22.08 ANTIHISTAMINIQUES

DIMÉNHYDRINATE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Le Programme des SSNA a établi une limite de dose pour le DIMENHYDRINATE en juin 2017 dans le cadre de la stratégie visant la sécurité des clients et l'usage abusif.

La dose limite pour le dimenhydrinate est actuellement de 400 mg par jour pour un total de 12,000 mg par période de 30 jours.

Cette limite de dose concerne uniquement les comprimées de 15 mg et de 50 mg. Les produits de dimenhydrinate sous formes de liquide, de suppositoire et d'injection ne sont pas visés par cette limite.

ST 50MG COMPRIMÉ

00363766	APO DIMENHYDRINATE	APX
00013803	GRAVOL	CHU
02245416	JAMP-DIMENHYDRINATE	JMP
02377179	MOTION SICKNESS	APX
00586331	PMS-DIMENHYDRINATE	PMS
00021423	TEVA-DIMENATE	TEV
00605786	TRAVEL	VTH

56:22.32 DIVERS ANTIÉMÉTIQUES

APRÉPITANT

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le prévention des nausées aigues et retardées et des vomissements en association avec un antagoniste 5-HT3 et la dexamthasone chez les patients qui ont reçu de la chimiothérapie hautement émétogène (ex. Cisplatine > 70mg/m2).

ST 80MG CAPSULE

02298791	EMEND	FRS

ST 125MG CAPSULE

02298805	EMEND	FRS

ST 125MG & 80MG CAPSULE

02298813	EMEND TRI-PACK	FRS

56:22.92 DIVERS ANTIÉMÉTIQUES

NABILONE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les patients souffrant de nausées et de vomissements liés à la chimiothérapie ou à la radiothérapie;
OU
Pour les patients qui reçoivent des soins palliatifs (a reçu un diagnostic avec une maladie en phase terminale ou maladie qui pourrait être la principale cause de décès dans six moins ou moins).

0.25MG CAPSULE

02312263	CESAMET	VAE

56:22.92 DIVERS ANTIÉMÉTIQUES

NABILONE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les patients souffrant de nausées et de vomissements liés à la chimiothérapie ou à la radiothérapie;
OU
Pour les patients qui reçoivent des soins palliatifs (a reçu un diagnostic avec une maladie en phase terminale ou maladie qui pourrait être la principale cause de décès dans six moins ou moins).

0.25MG CAPSULE

02358077	RAN-NABILONE	RBY
02392925	TEVA-NABILONE	TEV

0.5MG CAPSULE

02393581	ACT NABILONE	ACG
02256193	CESAMET	VAE
02380900	PMS-NABILONE	PMS
02358085	RAN-NABILONE	RBY
02384884	TEVA-NABILONE	TEV

1MG CAPSULE

02393603	ACT NABILONE	ACG
00548375	CESAMET	VAE
02380919	PMS-NABILONE	PMS
02358093	RAN-NABILONE	RBY
02384892	TEVA-NABILONE	TEV

56:28.36 INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

LANSOPRAZOLE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à 200 comprimés/capsules par période de 180 jours.

Les changements suivants concernant le statut des IPP sont principalement basés sur le rapport de thérapie optimale des IPP du Service Canadien de prescription et d'utilisation optimale des médicaments (SCPUOM). Le rapport conclut que:
• Tous les IPP sont également efficaces
• Une double dose de IPP n'est pas nécessaire en une thérapie initiale
• Une double dose de IPP est efficace dans l'éradication du H. Pylori: néanmoins le traitement n'est pas requis au delà de 14 jours.

L'usage de IPP a été associé à une augmentation du risque de fracture de la hanche, à la pneumonie communautaire acquise et à la diarrhée associée au Clostridium difficile. Quoique pour établir une signification clinique, d'autres études soient nécessaires, il serait prudent d'utiliser la plus petite dose et la plus courte durée de traitement pour contrôler les symptômes.

Tous les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP couverts et à usage restreint) à une quantité limite maximum de 400 comprimés/capsules par période de 180 jours. Cette quantité limite s'appliquera à toute la classe d'IPP.
• Par exemple, si un patient reçoit 30 comprimés de rabéprazole puis change pour 30 comprimés d'oméprazole puis change pour 30 capsules de lansoprazole, ceci comptera pour 90 comprimés/capsules d'IPP de la quantité limite totale.
• Les patients prenant deux comprimés de rabéprazole 10mg par jour peuvent être changés à un comprimé de rabéprazole 20mg par jour afin d'éviter d'atteindre la quantité limite.
• Les patients prenant deux comprimés /capsules d'oméprazole 10mg par jour peuvent être changés à un comprimé/capsule de oméprazole 20mg par jour afin d'éviter d'atteindre la quantité limite.

Les patients qui souffrent du syndrome de Zollinger Ellison, d'oesophagite de Barrett, d'oesophagite érosive et ceux qui demeurent symptomatiques avec une seule dose d'IPP seront admissibles pour des doses supplémentaires excédant 400 comprimés/capsules par 180 jours en faisant appel au processus d'autorisation préalable.

[57] **15MG CAPSULE (LIBÉRATION RETARDÉE)**

02293811	APO-LANSOPRAZOLE	APX
02357682	LANSOPRAZOLE	SAN
02385767	LANSOPRAZOLE	SIV
02433001	LANSOPRAZOLE	PMS
02353830	MYLAN-LANSOPRAZOLE	MYL
02395258	PMS-LANSOPRAZOLE	PMS
02165503	PREVACID	TAK
02402610	RAN-LANSOPRAZOLE	RBY
02422808	RIVA-LANSOPRAZOLE	RIV
02385643	SANDOZ LANSOPRAZOLE	SDZ

56:28.36 INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

LANSOPRAZOLE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à 200 comprimés/capsules par période de 180 jours.

Les changements suivants concernant le statut des IPP sont principalement basés sur le rapport de thérapie optimale des IPP du Service Canadien de prescription et d'utilisation optimale des médicaments (SCPUOM). Le rapport conclut que:
• Tous les IPP sont également efficaces
• Une double dose de IPP n'est pas nécessaire en une thérapie initiale
• Une double dose de IPP est efficace dans l'éradication du H. Pylori: néanmoins le traitement n'est pas requis au delà de 14 jours.

L'usage de IPP a été associé à une augmentation du risque de fracture de la hanche, à la pneumonie communautaire acquise et à la diarrhée associée au Clostridium difficile. Quoique pour établir une signification clinique, d'autres études soient nécessaires, il serait prudent d'utiliser la plus petite dose et la plus courte durée de traitement pour contrôler les symptômes.

Tous les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP couverts et à usage restreint) à une quantité limite maximum de 400 comprimés/capsules par période de 180 jours. Cette quantité limite s'appliquera à toute la classe d'IPP.
• Par exemple, si un patient reçoit 30 comprimés de rabéprazole puis change pour 30 comprimés d'oméprazole puis change pour 30 capsules de lansoprazole, ceci comptera pour 90 comprimés/capsules d'IPP de la quantité limite totale.
• Les patients prenant deux comprimés de rabéprazole 10mg par jour peuvent être changés à un comprimé de rabéprazole 20mg par jour afin d'éviter d'atteindre la quantité limite.
• Les patients prenant deux comprimés /capsules d'oméprazole 10mg par jour peuvent être changés à un comprimé/capsule de oméprazole 20mg par jour afin d'éviter d'atteindre la quantité limite.

Les patients qui souffrent du syndrome de Zollinger Ellison, d'oesophagite de Barrett, d'oesophagite érosive et ceux qui demeurent symptomatiques avec une seule dose d'IPP seront admissibles pour des doses supplémentaires excédant 400 comprimés/capsules par 180 jours en faisant appel au processus d'autorisation préalable.

[SI] 15MG CAPSULE (LIBÉRATION RETARDÉE)

02280515	TEVA-LANSOPRAZOLE	TEV

[SI] 30MG CAPSULE (LIBÉRATION RETARDÉE)

02293838	APO-LANSOPRAZOLE	APX
02414775	DOM-LANSOPRAZOLE	DPC
02357690	LANSOPRAZOLE	SAN
02366282	LANSOPRAZOLE	PDL
02410389	LANSOPRAZOLE	SIV
02433028	LANSOPRAZOLE	PMS
02353849	MYLAN-LANSOPRAZOLE	MYL
02395266	PMS-LANSOPRAZOLE	PMS
02165511	PREVACID	TAK
02402629	RAN-LANSOPRAZOLE	RBY
02422816	RIVA-LANSOPRAZOLE	RIV
02280523	TEVA-LANSOPRAZOLE	TEV

[SI] 30MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)

02385651	SANDOZ LANSOPRAZOLE	SDZ

56:28.36 INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

LANSOPRAZOLE ODT

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

La couverture sera limitée à 200 comprimés/capsules par période de 180 jours.

Pour les enfants de 12 ans et moins qui sont incapables d'avaler des capsules; OU
Pour les patients qui souffrent de dysphagie ou qui nécessitent un tube d'alimentation et qui sont incapables d'utiliser des capsules.

Les changements suivants concernant le statut des IPP sont principalement basés sur le rapport de thérapie optimale des IPP du Service Canadien de prescription et d'utilisation optimale des médicaments (SCPUOM). Le rapport conclut que:
• Tous les IPP sont également efficaces
• Une double dose de IPP n'est pas nécessaire en une thérapie initiale
• Une double dose de IPP est efficace dans l'éradication du H. Pylori: néanmoins le traitement n'est pas requis au delà de 14 jours.

L'usage de IPP a été associé à une augmentation du risque de fracture de la hanche, à la pneumonie communautaire acquise et à la diarrhée associée au Clostridium difficile. Quoique pour établir une signification clinique, d'autres études soient nécessaires, il serait prudent d'utiliser la plus petite dose et la plus courte durée de traitement pour contrôler les symptômes.

Tous les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP couverts et à usage restreint) à une quantité limite maximum de 400 comprimés/capsules par période de 180 jours. Cette quantité limite s'appliquera à toute la classe d'IPP.
• Par exemple, si un patient reçoit 30 comprimés de rabéprazole puis change pour 30 comprimés d'oméprazole puis change pour 30 capsules de lansoprazole, ceci comptera pour 90 comprimés/capsules d'IPP de la quantité limite totale.
• Les patients prenant deux comprimés de rabéprazole 10mg par jour peuvent être changés à un comprimé de rabéprazole 20mg par jour afin d'éviter d'atteindre la quantité limite.
• Les patients prenant deux comprimés /capsules d'oméprazole 10mg par jour peuvent être changés à un comprimé/capsule de oméprazole 20mg par jour afin d'éviter d'atteindre la quantité limite.

Les patients qui souffrent du syndrome de Zollinger Ellison, d'oesophagite de Barrett, d'oesophagite érosive et ceux qui demeurent symptomatiques avec une seule dose d'IPP seront admissibles pour des doses supplémentaires excédant 400 comprimés/capsules par 180 jours en faisant appel au processus d'autorisation préalable.

[ST] 15MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)

02249464	PREVACID FASTAB	TAK

[ST] 30MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)

02249472	PREVACID FASTAB	TAK

OMEPRAZOLE MAGNESIUM

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à 200 comprimés/capsules par période de 180 jours.

Les changements suivants concernant le statut des IPP sont principalement basés sur le rapport de thérapie optimale des IPP du Service Canadien de prescription et d'utilisation optimale des médicaments (SCPUOM). Le rapport conclut que:
• Tous les IPP sont également efficaces
• Une double dose de IPP n'est pas nécessaire en une thérapie initiale
• Une double dose de IPP est efficace dans l'éradication du H. Pylori: néanmoins le traitement n'est pas requis au delà de 14 jours.

L'usage de IPP a été associé à une augmentation du risque de fracture de la hanche, à la pneumonie communautaire acquise et à la diarrhée associée au Clostridium difficile. Quoique pour établir une signification clinique, d'autres études soient nécessaires, il serait prudent d'utiliser la plus petite dose et la plus courte durée de traitement pour contrôler les symptômes.

Tous les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP couverts et à usage restreint) à une quantité limite maximum de 400 comprimés/capsules par période de 180 jours. Cette quantité limite s'appliquera à toute la classe d'IPP.
• Par exemple, si un patient reçoit 30 comprimés de rabéprazole puis change pour 30 comprimés d'oméprazole puis change pour 30 capsules de lansoprazole, ceci comptera pour 90 comprimés/capsules d'IPP de la quantité limite totale.
• Les patients prenant deux comprimés de rabéprazole 10mg par jour peuvent être changés à un comprimé de rabéprazole 20mg par jour afin d'éviter d'atteindre la quantité limite.
• Les patients prenant deux comprimés /capsules d'oméprazole 10mg par jour peuvent être changés à un comprimé/capsule de oméprazole 20mg par jour afin d'éviter d'atteindre la quantité limite.

Les patients qui souffrent du syndrome de Zollinger Ellison, d'oesophagite de Barrett, d'oesophagite érosive et ceux qui demeurent symptomatiques avec une seule dose d'IPP seront admissibles pour des doses supplémentaires excédant 400 comprimés/capsules par 180 jours en faisant appel au processus d'autorisation préalable.

[ST] 20MG CAPSULE (LIBÉRATION RETARDÉE)

02245058	APO-OMEPRAZOLE	APX
00846503	LOSEC	AZC
02329433	MYLAN-OMEPRAZOLE	MYL
02339927	OMEPRAZOLE	PDL
02348691	OMEPRAZOLE	SAN
02385384	OMEPRAZOLE	SIV
02411857	OMEPRAZOLE-20	SIV

56:28.36 INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

OMEPRAZOLE MAGNESIUM

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à 200 comprimés/capsules par période de 180 jours.

Les changements suivants concernant le statut des IPP sont principalement basés sur le rapport de thérapie optimale des IPP du Service Canadien de prescription et d'utilisation optimale des médicaments (SCPUOM). Le rapport conclut que:
- Tous les IPP sont également efficaces
- Une double dose de IPP n'est pas nécessaire en une thérapie initiale
- Une double dose de IPP est efficace dans l'éradication du H. Pylori: néanmoins le traitement n'est pas requis au delà de 14 jours.

L'usage de IPP a été associé à une augmentation du risque de fracture de la hanche, à la pneumonie communautaire acquise et à la diarrhée associée au Clostridium difficile. Quoique pour établir une signification clinique, d'autres études soient nécessaires, il serait prudent d'utiliser la plus petite dose et la plus courte durée de traitement pour contrôler les symptômes.

Tous les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP couverts et à usage restreint) à une quantité limite maximum de 400 comprimés/capsules par période de 180 jours. Cette quantité limite s'appliquera à toute la classe d'IPP.
- Par exemple, si un patient reçoit 30 comprimés de rabéprazole puis change pour 30 comprimés d'oméprazole puis change pour 30 capsules de lansoprazole, ceci comptera pour 90 comprimés/capsules d'IPP de la quantité limite totale.
- Les patients prenant deux comprimés de rabéprazole 10mg par jour peuvent être changés à un comprimé de rabéprazole 20mg par jour afin d'éviter d'atteindre la quantité limite.
- Les patients prenant deux comprimés /capsules d'oméprazole 10mg par jour peuvent être changés à un comprimé/capsule de oméprazole 20mg par jour afin d'éviter d'atteindre la quantité limite.

Les patients qui souffrent du syndrome de Zollinger Ellison, d'oesophagite de Barrett, d'oesophagite érosive et ceux qui demeurent symptomatiques avec une seule dose d'IPP seront admissibles pour des doses supplémentaires excédant 400 comprimés/capsules par 180 jours en faisant appel au processus d'autorisation préalable.

20MG CAPSULE (LIBÉRATION RETARDÉE)

02320851	PMS-OMEPRAZOLE	PMS
02403617	RAN-OMEPRAZOLE	RBY
02296446	SANDOZ OMEPRAZOLE	SDZ

20MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)

02449927	BIO-OMEPRAZOLE	BMI
02333430	DOM-OMEPRAZOLE DR	DPC
02420198	JAMP-OMEPRAZOLE DR	JMP
02190915	LOSEC	AZC
02439549	NAT-OMEPRAZOLE DR	NPH
02416549	OMEPRAZOLE	ACC
02310260	PMS-OMEPRAZOLE	PMS
02374870	RAN-OMEPRAZOLE	RBY
02260867	RATIO-OMEPRAZOLE	TEV
02402416	RIVA-OMEPRAZOLE DR	RIV
02295415	TEVA-OMEPRAZOLE	TEV
02432404	VAN-OMEPRAZOLE	VAN

56:28.36 INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

PANTOPRAZOLE MAGNESIUM

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à 200 comprimés/capsules par période de 180 jours.

Les changements suivants concernant le statut des IPP sont principalement basés sur le rapport de thérapie optimale des IPP du Service Canadien de prescription et d'utilisation optimale des médicaments (SCPUOM). Le rapport conclut que:
• Tous les IPP sont également efficaces
• Une double dose de IPP n'est pas nécessaire en une thérapie initiale
• Une double dose de IPP est efficace dans l'éradication du H. Pylori: néanmoins le traitement n'est pas requis au delà de 14 jours.

L'usage de IPP a été associé à une augmentation du risque de fracture de la hanche, à la pneumonie communautaire acquise et à la diarrhée associée au Clostridium difficile. Quoique pour établir une signification clinique, d'autres études soient nécessaires, il serait prudent d'utiliser la plus petite dose et la plus courte durée de traitement pour contrôler les symptômes.

Tous les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP couverts et à usage restreint) à une quantité limite maximum de 400 comprimés/capsules par période de 180 jours. Cette quantité limite s'appliquera à toute la classe d'IPP.
• Par exemple, si un patient reçoit 30 comprimés de rabeprazole puis change pour 30 comprimés d'omeprazole puis change pour 30 capsules de lansoprazole, ceci comptera pour 90 comprimés/capsules d'IPP de la quantité limite totale.
• Les patients prenant deux comprimés de rabeprazole 10mg par jour peuvent être changés à un comprimé de rabeprazole 20mg par jour afin d'éviter d'atteindre la quantité limite.
• Les patients prenant deux comprimés /capsules d'omeprazole 10mg par jour peuvent être changés à un comprimé/capsule de omeprazole 20mg par jour afin d'éviter d'atteindre la quantité limite.

Les patients qui souffrent du syndrome de Zollinger Ellison, d'oesophagite de Barrett, d'oesophagite érosive et ceux qui demeurent symptomatiques avec une seule dose d'IPP seront admissibles pour des doses supplémentaires excédant 400 comprimés/capsules par 180 jours en faisant appel au processus d'autorisation préalable.

ST 40MG COMPRIMÉ (ENTÉROSOLUBLE)

02408570	MYLAN-PANTOPRAZOLE T	MYL
02441853	PANTOPRAZOLE MAGNESIUM	UNK
02267233	TECTA	TAK
02440628	TEVA-PANTOPRAZOLE MAGNESIUM	TEV

ST 40MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)

02466147	PANTOPRAZOLE T	SAN

PANTOPRAZOLE SODIQUE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à 200 comprimés/capsules par période de 180 jours.

Les changements suivants concernant le statut des IPP sont principalement basés sur le rapport de thérapie optimale des IPP du Service Canadien de prescription et d'utilisation optimale des médicaments (SCPUOM). Le rapport conclut que:
• Tous les IPP sont également efficaces
• Une double dose de IPP n'est pas nécessaire en une thérapie initiale
• Une double dose de IPP est efficace dans l'éradication du H. Pylori: néanmoins le traitement n'est pas requis au delà de 14 jours.

L'usage de IPP a été associé à une augmentation du risque de fracture de la hanche, à la pneumonie communautaire acquise et à la diarrhée associée au Clostridium difficile. Quoique pour établir une signification clinique, d'autres études soient nécessaires, il serait prudent d'utiliser la plus petite dose et la plus courte durée de traitement pour contrôler les symptômes.

Tous les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP couverts et à usage restreint) à une quantité limite maximum de 400 comprimés/capsules par période de 180 jours. Cette quantité limite s'appliquera à toute la classe d'IPP.
• Par exemple, si un patient reçoit 30 comprimés de rabéprazole puis change pour 30 comprimés d'oméprazole puis change pour 30 capsules de lansoprazole, ceci comptera pour 90 comprimés/capsules d'IPP de la quantité limite totale.
• Les patients prenant deux comprimés de rabéprazole 10mg par jour peuvent être changés à un comprimé de rabéprazole 20mg par jour afin d'éviter d'atteindre la quantité limite.
• Les patients prenant deux comprimés /capsules d'oméprazole 10mg par jour peuvent être changés à un comprimé/capsule de oméprazole 20mg par jour afin d'éviter d'atteindre la quantité limite.

Les patients qui souffrent du syndrome de Zollinger Ellison, d'oesophagite de Barrett, d'oesophagite érosive et ceux qui demeurent symptomatiques avec une seule dose d'IPP seront admissibles pour des doses supplémentaires excédant 400 comprimés/capsules par 180 jours en faisant appel au processus d'autorisation préalable.

ST 40MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)

02300486	ACT PANTOPRAZOLE	ACG
02292920	APO-PANTOPRAZOLE	APX
02415208	AURO-PANTOPRAZOLE	AUR
02445867	BIO-PANTOPRAZOLE	BMI
02310007	DOM-PANTOPRAZOLE	DPC
02357054	JAMP-PANTOPRAZOLE	JMP

56:28.36 INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

PANTOPRAZOLE SODIQUE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à 200 comprimés/capsules par période de 180 jours.

Les changements suivants concernant le statut des IPP sont principalement basés sur le rapport de thérapie optimale des IPP du Service Canadien de prescription et d'utilisation optimale des médicaments (SCPUOM). Le rapport conclut que:
- Tous les IPP sont également efficaces
- Une double dose de IPP n'est pas nécessaire en une thérapie initiale
- Une double dose de IPP est efficace dans l'éradication du H. Pylori: néanmoins le traitement n'est pas requis au delà de 14 jours.

L'usage de IPP a été associé à une augmentation du risque de fracture de la hanche, à la pneumonie communautaire acquise et à la diarrhée associée au Clostridium difficile. Quoique pour établir une signification clinique, d'autres études soient nécessaires, il serait prudent d'utiliser la plus petite dose et la plus courte durée de traitement pour contrôler les symptômes.

Tous les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP couverts et à usage restreint) à une quantité limite maximum de 400 comprimés/capsules par période de 180 jours. Cette quantité limite s'appliquera à toute la classe d'IPP.
- Par exemple, si un patient reçoit 30 comprimés de rabéprazole puis change pour 30 comprimés d'oméprazole puis change pour 30 capsules de lansoprazole, ceci comptera pour 90 comprimés/capsules d'IPP de la quantité limite totale.
- Les patients prenant deux comprimés de rabéprazole 10mg par jour peuvent être changés à un comprimé de rabéprazole 20mg par jour afin d'éviter d'atteindre la quantité limite.
- Les patients prenant deux comprimés /capsules d'oméprazole 10mg par jour peuvent être changés à un comprimé/capsule de oméprazole 20mg par jour afin d'éviter d'atteindre la quantité limite.

Les patients qui souffrent du syndrome de Zollinger Ellison, d'oesophagite de Barrett, d'oesophagite érosive et ceux qui demeurent symptomatiques avec une seule dose d'IPP seront admissibles pour des doses supplémentaires excédant 400 comprimés/capsules par 180 jours en faisant appel au processus d'autorisation préalable.

[SF] 40MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)

02416565	MAR-PANTOPRAZOLE	MAR
02417448	MINT-PANTOPRAZOLE	MIN
02467372	M-PANTOPRAZOLE	MAN
02299585	MYLAN-PANTOPRAZOLE	MYL
02229453	PANTOLOC	TAK
02318695	PANTOPRAZOLE	PDL
02370808	PANTOPRAZOLE	SAN
02431327	PANTOPRAZOLE	RIV
02437945	PANTOPRAZOLE	PMS
02428180	PANTOPRAZOLE-40	SIV
02307871	PMS-PANTOPRAZOLE	PMS
02425378	PRIVA-PANTOPRAZOLE	PHA
02305046	RAN-PANTOPRAZOLE	RBY
02316463	RIVA-PANTOPRAZOLE	RIV
02301083	SANDOZ PANTOPRAZOLE	SDZ
02285487	TEVA-PANTOPRAZOLE	TEV

56:28.36 INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

RABÉPRAZOLE SODIQUE

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à 200 comprimés/capsules par période de 180 jours.

Les changements suivants concernant le statut des IPP sont principalement basés sur le rapport de thérapie optimale des IPP du Service Canadien de prescription et d'utilisation optimale des médicaments (SCPUOM). Le rapport conclut que:
• Tous les IPP sont également efficaces
• Une double dose de IPP n'est pas nécessaire en une thérapie initiale
• Une double dose de IPP est efficace dans l'éradication du H. Pylori: néanmoins le traitement n'est pas requis au delà de 14 jours.

L'usage de IPP a été associé à une augmentation du risque de fracture de la hanche, à la pneumonie communautaire acquise et à la diarrhée associée au Clostridium difficile. Quoique pour établir une signification clinique, d'autres études soient nécessaires, il serait prudent d'utiliser la plus petite dose et la plus courte durée de traitement pour contrôler les symptômes.

Tous les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP couverts et à usage restreint) à une quantité limite maximum de 400 comprimés/capsules par période de 180 jours. Cette quantité limite s'appliquera à toute la classe d'IPP.
• Par exemple, si un patient reçoit 30 comprimés de rabéprazole puis change pour 30 comprimés d'oméprazole puis change pour 30 capsules de lansoprazole, ceci comptera pour 90 comprimés/capsules d'IPP de la quantité limite totale.
• Les patients prenant deux comprimés de rabéprazole 10mg par jour peuvent être changés à un comprimé de rabéprazole 20mg par jour afin d'éviter d'atteindre la quantité limite.
• Les patients prenant deux comprimés /capsules d'oméprazole 10mg par jour peuvent être changés à un comprimé/capsule de oméprazole 20mg par jour afin d'éviter d'atteindre la quantité limite.

Les patients qui souffrent du syndrome de Zollinger Ellison, d'oesophagite de Barrett, d'oesophagite érosive et ceux qui demeurent symptomatiques avec une seule dose d'IPP seront admissibles pour des doses supplémentaires excédant 400 comprimés/capsules par 180 jours en faisant appel au processus d'autorisation préalable.

[ST] 10MG COMPRIMÉ (ENTÉROSOLUBLE)

02345579	APO-RABEPRAZOLE	APX
02243796	PARIET	JSO
02310805	PMS-RABEPRAZOLE	PMS
02315181	PRO-RABEPRAZOLE	PDL
02385449	RABEPRAZOLE	SIV
02356511	RABEPRAZOLE EC	SAN
02298074	RAN-RABEPRAZOLE	RBY
02330083	RIVA-RABEPRAZOLE EC	RIV
02314177	SANDOZ RABEPRAZOLE	SDZ
02296632	TEVA-RABEPRAZOLE	TEV

[ST] 20MG COMPRIMÉ (ENTÉROSOLUBLE)

02345587	APO-RABEPRAZOLE	APX
02320460	DOM-RABEPRAZOLE EC	DPC
02243797	PARIET	JSO
02310813	PMS-RABEPRAZOLE	PMS
02315203	PRO-RABEPRAZOLE	PDL
02385457	RABEPRAZOLE	SIV
02356538	RABEPRAZOLE EC	SAN
02298082	RAN-RABEPRAZOLE	RBY
02330091	RIVA-RABEPRAZOLE	RIV
02314185	SANDOZ RABEPRAZOLE	SDZ
02296640	TEVA-RABEPRAZOLE	TEV

56:92.00 DIVERS GASTRO-INTESTINAUX

PINAVERIUM (BROMURE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement et pour le soulagement des symptômes reliés au trouble fonctionnel gastro-intestinal incluant le syndrome du côlon irritable, le côlon spastique, la colite spasmodique et la colite muqueuse; OU
Lors d'un iléus paralytique postopératoire, en vue d'accélérer la reprise du transit intestinale suivant une chirurgie abdominale.

50MG CAPSULE

00465240	DICETEL	SPH

50MG COMPRIMÉ

01950592	DICETEL	BGP

56:92.00 DIVERS GASTRO-INTESTINAUX

PINAVERIUM (BROMURE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement et pour le soulagement des symptômes reliés au trouble fonctionnel gastro-intestinal incluant le syndrome du côlon irritable, le côlon spastique, la colite spasmodique et la colite muqueuse; OU
Lors d'un iléus paralytique postopératoire, en vue d'accélérer la reprise du transit intestinale suivant une chirurgie abdominale.

100MG COMPRIMÉ

02230684 DICETEL BGP

68:00 HORMONES ET SUBSTITUTS

68:12.00 ANOVULANTS

LÉVONORGESTREL DISPOSITIF INTRAUTÉRIN

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Couverture accordée pour un 1 stérilet tous les deux ans.

13.5MG INSERT (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02408295 JAYDESS BAY

52MG INSERT (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02243005 MIRENA BAY

ULIPRISTAL (ACETATE D')

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

La couverture sera limitée à 90 comprimés, ne sont fournies qu'aux femmes âgées de 18 à 60 ans.

[ST] **5MG COMPRIMÉ**

02408163 FIBRISTAL ALL

68:16.12 AGONISTES-ANTAGONISTES DES ESTROGÈNES

RALOXIFÈNE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour la prévention secondaire de l'ostéoporose chez les femmes qui n'ont pas obtenu le résultat escompté avec les biphosphonates.
Pour la prévention secondaire de l'ostéoporose chez les femmes qui ont eu des antécédents de cancer du sein ou dont une parente au premier degré a souffert d'un cancer du sein.

60MG COMPRIMÉ

02358840 ACT RALOXIFENE ACG
02279215 APO-RALOXIFENE APX
02239028 EVISTA LIL
02358921 PMS-RALOXIFENE PMS
02415852 RALOXIFENE PDL
02312298 TEVA-RALOXIFENE TEV

68:20.05 INHIBITEURS DE LA DPP 4

LINAGLIPTIN

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients atteints de diabète sucré de type 2 qui n'ont pas réussi à maîtriser leur glycémie ou qui ont présenté une intolérance dans le cadre d'un essai adéquat de la metformine ET d'une sulfonylurée.

[ST] **5MG COMPRIMÉ**

02370921 TRAJENTA BOE

LINAGLIPTIN, METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients atteints de diabète sucré de type 2 qui n'ont pas réussi à maîtriser leur glycémie ou qui ont présenté une intolérance dans le cadre d'un essai adéquat de la metformine ET d'une sulfonylurée.

[ST] **2.5MG & 1000MG COMPRIMÉ**

02403277 JENTADUETO BOE

68:20.05 INHIBITEURS DE LA DPP 4

LINAGLIPTIN, METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients atteints de diabète sucré de type 2 qui n'ont pas réussi à maîtriser leur glycémie ou qui ont présenté une intolérance dans le cadre d'un essai adéquat de la metformine ET d'une sulfonylurée.

ST 2.5MG & 500MG COMPRIMÉ

02403250 JENTADUETO BOE

ST 2.5MG & 850MG COMPRIMÉ

02403269 JENTADUETO BOE

SAXAGLIPTINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire)

Pour le traitement des patients atteints de diabète sucré de type 2 qui: n'ont pas réussi à maîtriser leur glycémie ou qui ont présenté une intolérance dans le cadre d'un essai adéquat de la metformine ET d'une sulfonylurée.

ST 2.5MG COMPRIMÉ

02375842 ONGLYZA AZC

ST 5MG COMPRIMÉ

02333554 ONGLYZA AZC

SAXAGLIPTINE (CHLORHYDRATE DE), METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients atteints de diabète sucré de type 2 qui n'ont pas réussi à maîtriser leur glycémie ou qui ont présenté une intolérance dans le cadre d'un essai adéquat de la metformine ET d'une sulfonylurée.

ST 2.5MG & 1000MG COMPRIMÉ

02389185 KOMBOGLYZE AZC

ST 2.5MG & 500MG COMPRIMÉ

02389169 KOMBOGLYZE AZC

ST 2.5MG & 850MG COMPRIMÉ

02389177 KOMBOGLYZE AZC

SITAGLIPTINE (PHOSPHATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients atteints de diabète sucré de type 2 qui n'ont pas réussi à maîtriser leur glycémie ou qui ont présenté une intolérance dans le cadre d'un essai adéquat de la metformine ET d'une sulfonylurée.

ST 25MG COMPRIMÉ

02388839 JANUVIA FRS

ST 50MG COMPRIMÉ

02388847 JANUVIA FRS

ST 100MG COMPRIMÉ

02303922 JANUVIA FRS

SITAGLIPTINE (PHOSPHATE DE), METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients atteints de diabète sucré de type 2 qui n'ont pas réussi à maîtriser leur glycémie ou qui ont présenté une intolérance dans le cadre d'un essai adéquat de la metformine ET d'une sulfonylurée.

ST 50MG & 1000MG COMPRIMÉ

02333872 JANUMET FRS

ST 50MG & 500MG COMPRIMÉ

02333856 JANUMET FRS

ST 50MG & 850MG COMPRIMÉ

02333864 JANUMET FRS

ST 50MG & 1000MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02416794 JANUMET XR FRS

68:20.05 INHIBITEURS DE LA DPP 4

SITAGLIPTINE (PHOSPHATE DE), METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients atteints de diabète sucré de type 2 qui n'ont pas réussi à maîtriser leur glycémie ou qui ont présenté une intolérance dans le cadre d'un essai adéquat de la metformine ET d'une sulfonylurée.

ST **50MG & 500MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)**

02416786 JANUMET XR FRS

ST **100MG & 1000MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)**

02416808 JANUMET XR FRS

68:20.18 INHIBITEURS DU COTRANSPORTEUR SODIUM-GLUCOSE DE TYPE 2 (SGLT2)

CANAGLIFLOZINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients atteints de diabète sucré de type 2 qui n'ont pas réussi à maîtriser leur glycémie ou qui ont présenté une intolérance dans le cadre d'un essai adéquat de la metformine ET d'une sulfonylurée.

ST **100MG COMPRIMÉ**

02425483 INVOKANA JSO

ST **300MG COMPRIMÉ**

02425491 INVOKANA JSO

DAPAGLIFLOZINE (PROPANEDIOL DE DAPAGLIFLOZINE MONOHYDRATÉ)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients atteints de diabète sucré de type 2 qui n'ont pas réussi à maîtriser leur glycémie ou qui ont présenté une intolérance dans le cadre d'un essai adéquat de la metformine ET d'une sulfonylurée.

ST **5MG COMPRIMÉ**

02435462 FORXIGA AZC

ST **10MG COMPRIMÉ**

02435470 FORXIGA AZC

EMPAGLIFLOZINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients atteints de diabète sucré de type 2 qui n'ont pas réussi à maîtriser leur glycémie ou qui ont présenté une intolérance dans le cadre d'un essai adéquat de la metformine ET d'une sulfonylurée.

ST **10MG COMPRIMÉ**

02443937 JARDIANCE BOE

ST **25MG COMPRIMÉ**

02443945 JARDIANCE BOE

METFORMINE (CHLORHYDRATE DE), DAPAGLIFLOZINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des patients atteints de diabète sucré de type 2 qui n'ont pas réussi à maîtriser leur glycémie ou qui ont présenté une intolérance dans le cadre d'un essai adéquat de la metformine ET d'une sulfonylurée.

ST **850MG & 5MG COMPRIMÉ**

02449935 XIGDUO AZC

ST **1000MG & 5MG COMPRIMÉ**

02449943 XIGDUO AZC

68:20.28 THIAZOLIDINÉDIONES

PIOGLITAZONE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2. Ce médicament pourra être utilisé chez les patients dont la glycémie n'est pas contrôlée adéquatement avec la metformine et les sulfonylurées, qui ne peuvent tolérer ces produits ou pour qui ces produits sont contre-indiqués.

ST **15MG COMPRIMÉ**

02303442 ACCEL PIOGLITAZONE ACP

68:20.28 THIAZOLIDINÉDIONES

PIOGLITAZONE (CHLORHYDRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2. Ce médicament pourra être utilisé chez les patients dont la glycémie n'est pas contrôlée adéquatement avec la metformine et les sulfonylurées, qui ne peuvent tolérer ces produits ou pour qui ces produits sont contre-indiqués.

[ST] 15MG COMPRIMÉ

02391600	ACH-PIOGLITAZONE	ACC
02302861	ACT PIOGLITAZONE	ACG
02302942	APO-PIOGLITAZONE	APX
02307634	DOM-PIOGLITAZONE	DPC
02397307	JAMP-PIOGLITAZONE	JMP
02326477	MINT-PIOGLITAZONE	MIN
02298279	MYLAN-PIOGLITAZONE	MYL
02303124	PMS-PIOGLITAZONE	PMS
02312050	PRO-PIOGLITAZONE	PDL
02375850	RAN-PIOGLITAZONE	RBY
02297906	SANDOZ PIOGLITAZONE	SDZ
02274914	TEVA-PIOGLITAZONE	TEV
02434121	VAN-PIOGLITAZONE	VAN

[ST] 30MG COMPRIMÉ

02303450	ACCEL PIOGLITAZONE	ACP
02339587	ACH-PIOGLITAZONE	ACC
02302888	ACT PIOGLITAZONE	ACG
02302950	APO-PIOGLITAZONE	APX
02307642	DOM-PIOGLITAZONE	DPC
02365529	JAMP-PIOGLITAZONE	JMP
02326485	MINT-PIOGLITAZONE	MIN
02298287	MYLAN-PIOGLITAZONE	MYL
02303132	PMS-PIOGLITAZONE	PMS
02312069	PRO-PIOGLITAZONE	PDL
02375869	RAN-PIOGLITAZONE	RBY
02297914	SANDOZ PIOGLITAZONE	SDZ
02274922	TEVA-PIOGLITAZONE	TEV
02434148	VAN-PIOGLITAZONE	VAN

[ST] 45MG COMPRIMÉ

02303469	ACCEL PIOGLITAZONE	ACP
02339595	ACH-PIOGLITAZONE	ACC
02302896	ACT PIOGLITAZONE	ACG
02302977	APO-PIOGLITAZONE	APX
02307650	DOM-PIOGLITAZONE	DPC
02365537	JAMP-PIOGLITAZONE	JMP
02326493	MINT-PIOGLITAZONE	MIN
02298295	MYLAN-PIOGLITAZONE	MYL
02303140	PMS-PIOGLITAZONE	PMS
02312077	PRO-PIOGLITAZONE	PDL
02375877	RAN-PIOGLITAZONE	RBY
02297922	SANDOZ PIOGLITAZONE	SDZ
02274930	TEVA-PIOGLITAZONE	TEV
02434156	VAN-PIOGLITAZONE	VAN

ROSIGLITAZONE (MALÉATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2. Ce médicament pourra être utilisé chez les patients dont la glycémie n'est pas contrôlée adéquatement avec la metformine et les sulfonylurées, qui ne peuvent tolérer ces produits ou pour qui ces produits sont contre-indiqués.

68:20.28 THIAZOLIDINÉDIONES

ROSIGLITAZONE (MALÉATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2. Ce médicament pourra être utilisé chez les patients dont la glycémie n'est pas contrôlée adéquatement avec la metformine et les sulfonylurées, qui ne peuvent tolérer ces produits ou pour qui ces produits sont contre-indiqués.

SF 2MG COMPRIMÉ

02403366	APO-ROSIGLITAZONE	APX
02241112	AVANDIA	GSK

SF 4MG COMPRIMÉ

02403374	APO-ROSIGLITAZONE	APX
02241113	AVANDIA	GSK

SF 8MG COMPRIMÉ

02403382	APO-ROSIGLITAZONE	APX
02241114	AVANDIA	GSK

68:32.00 PROGESTATIFS

DIÉNOGEST

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour la prise en charge des douleurs pelviennes associées à l'endométriose.

SF 2MG COMPRIMÉ

02374900	VISANNE	BAY

PROGESTÉRONE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des femmes:
- Qui présentent des symptômes post-ménopausiques et une intolérance à l'acétate de médroxyprogestérone (AMP); OU
- À risque d'accouchement prématuré; OU
- Qui utilisent le médicament pour prévenir un avortement spontané.

SF 100MG CAPSULE

02166704	PROMETRIUM	FRS
02439913	TEVA-PROGESTERONE	TEV

84:00 PEAU & MUQUEUSES

84:92.00 DIVERS PEAU ET MUQUEUSES

IMIQUIMOD

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des condylomes acuminés (verrues génitales) de patients chez qui les traitements suivants ont échoué:
- podophyllotoxine appliquée par le patient (solution de podofilox à 0,5%); OU
- résine de podophyllum appliquée par le fournisseur de soins (10%-25%).

5% CRÈME

02239505	ALDARA P	VAE
02407825	APO-IMIQUIMOD	APX

PIMÉCROLIMUS

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Chez les patients qui n'ont pas répondu à une corticothérapie topique ou qui ont présenté des effets indésirables liés à ce traitement.

Remarque: Contre indiqué chez les enfants âgés de moins de deux ans.

1% CRÈME

02247238	ELIDEL	VAE

84:92.00 DIVERS PEAU ET MUQUEUSES

SECUKINUMAB

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

2. Pour le traitement de la PSORIASIS modéré à grave

La couverture peut être approuvé à une dose initiale de 300 mg pour la première dose (première semaine) et pour les doses suivantes, à la 2ie 3e et 4e semaine, puis suivi par des doses d'entretien aux mois à partir de la 5e semaine.
• Prescrit par un dermatologue

Pour le traitement des patients atteints d'un PSORIASIS modéré à grave et qui répondent aux critères suivants:
• Surface corporelle atteinte supérieure à 10% et/ou atteinte importante du visage, des mains, des pieds ou des organes génitaux. ET
• Intolérance ou absence de réponse à la photothérapie; OU
• Incapacité d'avoir accès à la photothérapie. ET
• Intolérance ou absence de réponse au méthotrexate (MTX) à l'administration hebdomadaire de MTX par voie orale ou parentérale de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient est âgé de > 65 ans) pendant plus de 8 semaines; ET
• Intolérance ou absence de réponse à la cyclosporine; OU
• Une contre-indication au MTX et/ou à la cyclosporine.

Une couverture au-delà de 12 semaines sera approuvée suivant une réduction de la surface corporelle atteinte, l'amélioration du score de l'indice de gravité du psoriasis (PASI) et l'indice dermatologique de la qualité de vie (DLQI):
• A réduction de ≥ 75% au niveau du Psoriasis Area Severity Index (PASI); OU
• A réduction de ≥ 50% au niveau du Psoriasis Area Severity Index (PASI) avec une amélioration de ≥ 5 points dans le Dermatology Life Quality Index (DLQI); OU
• Une réduction notable de la surface corporelle (SC) touchée, en prenant en considération les zones importantes comme le visage, les mains, les pieds ou les organes génitaux.

2. Pour le traitement de la POLYARTHRITE PSORIASIQUE modéré à grave

La couverture pour secukinumab à titre de médicament à usage restreint peut être fournie SEULEMENT pour l'ARTHRITE PSORIASIQUE pour une période initiale de un an. La couverture peut être approuvé à une dose initiale de 150 mg pour la première dose (première semaine) et pour les doses suivantes, à la 2ie 3e et 4e semaine, puis suivi par des doses d'entretien aux mois à partir de la 5e semaine. Si le patient ne répond pas aux anti-TNF et que l'arthrite psoriasique est évolutive ou que le patient continue à être atteint gravement de plaques de psoriasis, une dose de 300 mg par mois pourra permis.
• Le médicament est prescrit par un rhumatologue

Au moins deux des critères suivants doivent être présent:
• 5 jointures enflées ou plus
• Si moins de 5 jointures enflées, la présence d'une jointure enflée rapprochée des autres ou incluant le poignet ou la cheville est nécessaire
• Plus d'une jointure avec érosion sur rapport d'imagerie médicale
• Dactylite de deux doigts ou plus.
• Tenosynovite réfractaire à l'utilisation orale des AINS et d'injections de cortisone.
• Enthésite réfractaire à l'utilisation orale des AINS et d'injections de cortisone. (non demandé pour un talon d'Achille)
• Symptômes inflammatoires spinaux réfractaires à deux AINS (minimum quatre semaines d'essai chacun) et avoir un BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) plus grand que 4.
• Utilisation quotidienne de corticostéroïdes.
• Utilisation d'opioïdes > 12 heures par jour pour la douleur résultant de l'inflammation.
ET le patient ne répond pas à:
• Un essai d'au moins deux AINS différents aux doses maximum tolérées pour une durée totale combinée de quatre semaines
PLUS au moins un des médicaments suivants:
• MTX: administration hebdomadaire par voie orale ou parentérale de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient est âgé de > 65 ans) pendant plus de 8 semaines; OU
• Léflunomide: 20 mg par jour pendant 10 semaines; OU
• Sulfasalazine: au moins 2 g par jour pendant 3 mois
• Cyclosporine
OU maladie avec atteinte axiale présentant les éléments suivants:
Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) ≥ 4; ET
Le patient de répond pas à un essai d'au moins deux AINS différents aux doses maximums tolérées pour une durée totale combinée de quatre semaines.

Une prolongation de la couverture peut être autorisée advenant une amélioration du pointage du Psoriatic Arthritis Response Criteria (PsARC).
• Amélioration d'au moins deux des quatre critères du PsARC, dont un doit être le score pour la douleur ou l'enflure articulaires, sans aggravation d'un des quatre critères. Une réponse exprimée en nombre d'articulations correspond à une réduction de ≥ 30%. Une réponse selon l'appréciation globale du médecin ou du patient correspond à une réduction de 1 point.

3. Pour le traitement de la SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE:

La couverture pour secukinumab à titre de médicament à usage restreint peut être fournie SEULEMENT pour la SPONDYLITE ANKYLOSANTE pour une période initiale de un an. La couverture peut être approuvé à une dose initiale de 150 mg pour la première dose (première semaine) et pour les doses suivantes, à la 2ie 3e et 4e semaine, puis suivi par des doses d'entretien aux mois à partir de la 5e semaine.
• Le médicament est prescrit par un rhumatologue
• BASDAI > 4; ET
• Le patient ne répond pas au traitement un essai de deux AINS différents à la dose maximale tolérée pour une durée totale combinée de quatre semaines; ET dans le cas d'une atteinte des articulations périphériques, le patient ne répond pas:
• MTX: administration hebdomadaire par voie orale ou parentérale de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient est âgé de > 65 ans) pendant plus de 8 semaines; ET
• Sulfasalazine: 2 g/jour pour au moins trois mois.

NOTE: Dans le cas d'une atteinte axiale, un essai du MTX et de la sulfasalazine n'est pas nécessaire.

Une prolongation de la couverture peut être autorisée advenant une amélioration du pointage du BASDAI.

84:92.00 DIVERS PEAU ET MUQUEUSES

• Amélioration d'au moins 50% ou de 2 unités au BASDAI.

150MG SOLUTION

02438070 COSENTYX NVR

TACROLIMUS (PROTOPIC)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Chez les patients qui n'ont pas répondu à une corticothérapie topique ou qui ont présenté des effets indésirables liés à ce traitement.

Remarque: Contre indiqué chez les enfants âgés de moins de deux ans.

0.03% ONGUENT

02244149 PROTOPIC LEO

0.1% ONGUENT

02244148 PROTOPIC LEO

86:00 SPASMOLYTIQUES

86:12.00 SPASMOLYTIQUES GÉNITO-URINAIRES

TOLTERODINE TARTRATE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le soulagement symptomatique de la vessie hyperactive chez les patients:
• qui présentent des symptômes de pollakiurie, de miction impérieuse ou d'incontinence par impériosité; ET
• qui ne répondent pas ou qui sont intolérants à un traitement par de l'oxybutynine à libération immédiate OU solifenacin OU tolterodine ER.

ST **1MG COMPRIMÉ**

02423308 MINT-TOLTERODINE MIN

ST **2MG COMPRIMÉ**

02423316 MINT-TOLTERODINE MIN

86:12.04 ANTIMUSCARINIQUES

DARIFÉNACINE (BROMHYDRATE DE).

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le soulagement symptomatique de la vessie hyperactive chez les patients:
• qui présentent des symptômes de pollakiurie, de miction impérieuse ou d'incontinence par impériosité; ET
• qui ne répondent pas ou qui sont intolérants à un traitement par de l'oxybutynine à libération immédiate OU solifénacin OU tolterodine ER.

7.5MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02273217 ENABLEX MRL

15MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02273225 ENABLEX MRL

FÉSOTÉRODINE (FUMARATE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le soulagement symptomatique de la vessie hyperactive chez les patients:
• qui présentent des symptômes de pollakiurie, de miction impérieuse ou d'incontinence par impériosité; ET
• qui ne répondent pas ou qui sont intolérants à un traitement par de l'oxybutynine à libération immédiate OU solifenacin OU tolterodine ER.

ST **4MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)**

02380021 TOVIAZ PFI

ST **8MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)**

02380048 TOVIAZ PFI

TOLTERODINE TARTRATE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le soulagement symptomatique de la vessie hyperactive chez les patients:
• qui présentent des symptômes de pollakiurie, de miction impérieuse ou d'incontinence par impériosité; ET
• qui ne répondent pas ou qui sont intolérants à un traitement par de l'oxybutynine à libération immédiate OU solifenacin OU tolterodine ER.

ST **1MG COMPRIMÉ**

02369680 APO-TOLTERODINE APX

02239064 DETROL PFI

86:12.04 ANTIMUSCARINIQUES

TOLTERODINE TARTRATE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le soulagement symptomatique de la vessie hyperactive chez les patients:
• qui présentent des symptômes de pollakiurie, de miction impérieuse ou d'incontinence par impériosité; ET
• qui ne répondent pas ou qui sont intolérants à un traitement par de l'oxybutynine à libération immédiate OU solifenacin OU toltérodine ER.

ST **1MG COMPRIMÉ**

02299593 TEVA-TOLTERODINE TEV

ST **2MG COMPRIMÉ**

02369699 APO-TOLTERODINE APX
02239065 DETROL PFI
02299607 TEVA-TOLTERODINE TEV

TROSPIUM CHLORIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le soulagement symptomatique de la vessie hyperactive chez les patients:
• qui présentent des symptômes de pollakiurie, de miction impérieuse ou d'incontinence par impériosité; ET
• qui ne répondent pas ou qui sont intolérants à un traitement par de l'oxybutynine à libération immédiate OU solifénacin OU toltérodine ER.

ST **20MG COMPRIMÉ**

02275066 TROSEC SPC

86:12.08 AGONISTES BÊTA ADRÉNERGIQUES

MIRABEGRON

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le soulagement symptomatique de la vessie hyperactive chez les patients:
• qui présentent des symptômes de pollakiurie, de miction impérieuse ou d'incontinence par impériosité; ET
• qui ne répondent pas ou qui sont intolérants à un traitement par de l'oxybutynine à libération immédiate OU solifénacine OU toltérodine ER.

ST **25MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)**

02402874 MYRBETRIQ AST

ST **50MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)**

02402882 MYRBETRIQ AST

88:00 VITAMINES

88:20.00 VITAMINE E

VITAMINE E

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour utilisation en raison de malabsorption.

ST **100IU GÉLULE**

00122823 VITAMINE E JAM

ST **200IU GÉLULE**

00122831 VITAMINE E JAM

ST **400IU GÉLULE**

00122858 VITAMINE E JAM

ST **800IU GÉLULE**

00330191 VITAMINE E NATURELLE JAM

ST **50IU LIQUIDE ORALE**

00480215 AQUASOL E NVC

ST **50IU/ML LIQUIDE ORALE**

02162075 AQUASOL VITAMINE E CLC

88:28.00 MULTIVITAMINES

MULTIVITAMINES PÉDIATRIQUES

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Les multivitaminés pédiatriques ne sont fournies qu'aux enfants de 11 ans et moins.

ST COMPRIMÉ (CROQUABLE)

80020794	CENTRUM FORMULE JUNIOR	PFI
80011134	CENTRUM FORMULE JUNIOR COMPLÈTE	PFI
02247975	VITAMINES LES PIERRAFEU AVEC EXTRA C	BAY
02247995	VITAMINES LES PIERRAFEU PLUS FER	BAY

ST GOUTTES

00762946	ENFAMIL POLYVISOL	MJO

ST 450MG & 10MG & 30MG LIQUIDE

80008471	JAMP-VITAMINES A-D-C	JMP

ST 2,500IU & 666.67IU & 50MG/ML LIQUIDE

00762903	ENFAMIL TRIVISOL	MJO
02229790	PEDIAVIT	EUR

MULTIVITAMINES PRÉNATALES

Médicament à usage restreint (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Les multivitaminés prénatales ou postnatales ne sont fournies qu'aux femmes âgées de 12 à 50 ans en âge d'avoir des enfants.

ST CAPSULE

80042704	CENTRUM PRENATAL ADH	PFI

ST COMPRIMÉ

80045822	CENTRUM PRENATAL	PFI
02229535	MULTIVITAMINES PRÉ & POST NATALES PLUS ACIDE FOLIQUE WAMPOLE	WAM
80001842	NESTLÉ MATERNA	NES
80005770	PRENATAL AND POSTPARTUM VITAMINS AND MINERALS	PMT
02241235	VITAMINES ET MINÉREAUX PRE & POST PARTUM	VTH

92:00 AUTRES MÉDICAMENTS

92:00.00 AUTRES MÉDICAMENTS

EXTEMPORANEOUS MIXTURE (GENDER AFFIRMING)

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour une thérapie en vue de l'affirmation du genre.

INJECTION

00915312	THERAPIE L'AFFIRMATION DU GENRE	UNK

LIQUIDE

00915311	THERAPIE L'AFFIRMATION DU GENRE TOPIQUE	UNK

PRÉPARATIONS MAGISTRALES (LU)

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

DIVERS

99504001	AUTRE D'USAGE RESTREINT MELANGE EXTERNE	UNK

INJECTION

99506021	COMPOSES DIVERS/INFUSION	UNK

LIQUIDE ORALE

99503033	AUTRE D'USAGE RESTREINT MELANGE INTERNE	UNK
99503032	OPIOIDE LIQUIDE ORALE	UNK

POUDRE

99504000	COMPOSÉS DIVERS POUDRE EXTERNE	UNK

92:00.00 AUTRES MÉDICAMENTS

PRÉPARATIONS MAGISTRALES (LU)

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

SOLUTION OPHTALMIQUE ET OTIQUE

99507000 COMPOSÉS DIVERS GTTE YEUX/OREILLES UNK

SUPPOSITOIRE

99508000 COMPOSES DIVERS SUPPOSITOIRES UNK

USTEKINUMAB

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

La couverture pour une période initiale de 16 semaines. Pour les patients ≤ 100 kg, la dose initiale est de 45 mg semaine 0, suivie d'une dose de 45 mg à la quatrième et 16e semaine. Ustekinumab 90 mg est une option pour les patients pesant plus de 100 kg. La réponse au traitement doit être évaluée avant d'administrer une quatrième dose. Seuls les patients qui démontrent une réponse au traitement seront considérés pour une couverture prolongée de l'ustekinumab.
• Prescrit par un dermatologue

Pour le traitement des patients atteints d'un PSORIASIS modéré à grave et qui répondent aux critères suivants:
• Surface corporelle atteinte supérieure à 10% et/ou atteinte importante du visage, des mains, des pieds ou des organes génitaux. ET
• Intolérance ou absence de réponse à la photothérapie; OU
• Incapacité d'avoir accès à la photothérapie. ET
• Intolérance ou absence de réponse au méthotrexate (MTX) à l'administration hebdomadaire de MTX par voie orale ou parentérale de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient est âgé de > 65 ans) pendant plus de 8 semaines; ET
• Intolérance ou absence de réponse à la cyclosporine; OU
• Une contre-indication au MTX et/ou à la cyclosporine.

Une prolongation de la couverture au-delà de 16 semaines sera autorisée advenant une diminution significative de la surface corporelle atteinte (BSA), de l'amélioration du pointage du Psoriasis Area Severity Index (PASI) et de l'amélioration du Dermatology Life Quality Index (DLQI):
• A réduction de ≥ 75% au niveau du Psoriasis Area Severity Index (PASI); OU
• A réduction de ≥ 50% au niveau du Psoriasis Area Severity Index (PASI) avec une amélioration de ≥ 5 points dans le Dermatology Life Quality Index (DLQI); OU
• Une réduction notable de la surface corporelle (SC) touchée, en prenant en considération les zones importantes comme le visage, les mains, les pieds ou les organes génitaux.

45MG/0.5ML SOLUTION

02320673 STELARA JSO

90MG/ML SOLUTION

02320681 STELARA JSO

92:08.00 INHIBITEURS 5 ALPHA-RÉDUCTASE

DUTASTÉRIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'hyperplasie prostatique bénigne chez les patients qui ne tolèrent pas ou n'ont pas répondu à un alpha-bloquant.
OU
En utilisation combinée quand une monothérapie avec un alpha-bloquant est jugée insuffisante.

0.5MG CAPSULE

02412691 ACT DUTASTERIDE TEV
02404206 APO-DUTASTERIDE APX
02247813 AVODART GSK
02421712 DUTASTERIDE PDL
02429012 DUTASTERIDE SIV
02443058 DUTASTERIDE SAN
02416298 MED-DUTASTERIDE GMP
02428873 MINT-DUTASTERIDE MIN
02393220 PMS-DUTASTERIDE PMS
02427753 RIVA-DUTASTERIDE RIV
02424444 SANDOZ DUTASTERIDE SDZ
02408287 TEVA-DUTASTERIDE TEV

FINASTÉRIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'hyperplasie prostatique bénigne chez les patients qui ne tolèrent pas ou n'ont pas répondu à un alpha-bloquant.
OU
En utilisation combinée quand une monothérapie avec un alpha-bloquant est jugée insuffisante.

92:08.00 INHIBITEURS 5 ALPHA-RÉDUCTASE

FINASTÉRIDE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de l'hyperplasie prostatique bénigne chez les patients qui ne tolèrent pas ou n'ont pas répondu à un alpha-bloquant.
OU
En utilisation combinée quand une monothérapie avec un alpha-bloquant est jugée insuffisante.

ST **5MG COMPRIMÉ**

02355043	ACH-FINASTERIDE	ACC
02354462	ACT FINASTERIDE	ACG
02365383	APO-FINASTERIDE	APX
02405814	AURO-FINASTERIDE	AUR
02376709	DOM-FINASTERIDE	DPC
02350270	FINASTERIDE	PDL
02445077	FINASTERIDE	SAN
02447541	FINASTERIDE	SIV
02357224	JAMP-FINASTERIDE	JMP
02389878	MINT-FINASTERIDE	MIN
02310112	PMS-FINASTERIDE	PMS
02010909	PROSCAR	FRS
02371820	RAN-FINASTERIDE	RBY
02306905	RATIO-FINASTERIDE	TEV
02455013	RIVA-FINASTERIDE	RIV
02322579	SANDOZ FINASTERIDE	SDZ
02348500	TEVA-FINASTERIDE	TEV
02428741	VAN-FINASTERIDE	VAN

92:16.00 ANTIGOUTTEUX

FÉBUXOSTAT

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les patients atteints de goutte symptomatique qui présentent une hypersensibilité documentée à l'allopurinol.

ST **80MG COMPRIMÉ**

02357380	ULORIC	TAK

92:24.00 INHIBITEUR RÉSORPTION OSSEUSE

DENOSUMAB (PROLIA)

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour les femmes ménopausées atteintes d'ostéoporose qui lesquelles les bisphosphonates sont contrindiqués en raison d'une hypersensibilité ou d'anomalies de l'œsophage (p. ex. rétrécissement de l'œsophage ou cardiospasme);

ET qui répondent à au moins deux des critères suivants:
- plus de 70 ans
- antécédent de fracture de fragilité
- densité minérale osseuse (DMO): score T ≤ -2,5

La dose maximale approuvée est de 60 mg par période de 6 mois.

60MG/ML SOLUTION

02343541	PROLIA	AMG

DENOSUMAB (XGEVA)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

En préventions de complications osseuses, chez les patients qui sont atteints d'un cancer de la prostate résistant à la castration:
- accompagné d'au moins une métastase osseuse confirmée; ET
- l'état général est bon selon l'échelle de performance ECOG et s'exprime par un score de zéro, un ou deux.

120MG/1.7ML SOLUTION

02368153	XGEVA	AMG

92:24.00 INHIBITEUR RÉSORPTION OSSEUSE

ZOLÉDRONIQUE (ACIDE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de la maladie de Paget. La couverture sera accordée pour une dose pour une période de 12 mois;
OU
Traitement de l'ostéoporose postménopausique chez les femmes admissibles au remboursement des bisphosphonates oraux, mais chez qui les bisphosphonates sont contre indiqués en raison d'anomalies de l'œsophage (sténose ou achalasie) ou d'une hypersensibilité;
ET qui satisfont à au moins deux des critères suivants:
- âge >70 ans
- antécédents de fracture de fragilisation
- score T de densité minérale osseuse (DMO) ≤ 2,5.

5MG/100ML SOLUTION

02269198	ACLASTA	NVR
02415100	TARO-ZOLEDRONIC ACID	TAR
02408082	ZOLEDRONIC ACID	TEV
02422433	ZOLEDRONIC ACID	REC

92:36.00 ANTIRHUMATISMAUX MODIFICATEURS DE LA MALADIE

ABATACEPT

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

1. Pour le traitement de la POLYARTHRITE RHUMATOÏDE fortement évolutive.

La couverture est offerte pour une période d'une à une dose 500 mg IV chez les patients pesant moins de 60 kg, 750 mg IV chez les patients pesant 60 jusqu'à 100 kg et 1000 mg IV pour les patients pesant plus de 100 kg. Après l'administration initiale de la première dose, les doses subséquentes se feront après deux semaines et quatre semaines puis administrée aux quatre semaines. Par ailleurs, une demande pour une unique dose en IV établie en fonction du poids suivi de 125 mg SC par semaine peut être couverte.
• Le médicament est prescrit par un rhumatologue

La couverture est accordée pour abatacept en association avec le méthotrexate (MTX) ou avec d'autres médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie en vue d'une réduction des signes et des symptômes graves de la polyarthrite rhumatoïde chez les adultes âgés de 18 ans et plus, et qui ont échoués au:
• MTX: administration hebdomadaire par voie orale ou parentérale de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient est âgé de 65 ans ou plus) pour un minimum de 12 semaines de traitement continu. Veuillez prendre note que les patients qui n'ont pas de réponse clinique au MTX oral ou qui ont des intolérances gastro-intestinales peuvent envisager un essai de MTX par voie parentérale; ET
• MTX en association avec au moins deux autres médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie tels que la sulfasalazine et l'hydroxychloroquine, pour un minimum de 12 semaines de traitement continu.
OU si le patient est intolérant ou a échoué sur le MTX ou le MTX est contre-indiqué:
• Une association d'au moins deux antirhumatismaux modificateurs de la maladie tels que le léflunomide, la sulfasalazine, l'hydroxychloroquine, l'azathioprine, la cyclosporine et l'or en traitement continue pour un minimum de 12 semaines.
ET (SOUS LA FORME IV SEULEMENT)
• Un essai d'etanercept OU d'adalimumab OU de golimumab OU de certolizumab OU d'abatacept (SC) OU de tofacitinib OU d'Inflectra (i.v.) pour un minimum de 12 semaines.

Une prolongation de la couverture peut être autorisée advenant une amélioration de 20% de 3 des 5 paramètres cliniques suivant le traitement.
• Réduction de > 20% du nombre d'articulations douloureuses et enflées; PLUS
• Amélioration de > 20% dans l'échelle d'appréciation globale du médecin; AVEC soit
• Amélioration de > 20% dans l'échelle d'appréciation globale du patient; OU
• Réduction de > 20% de la phase aiguë mesurée par la VS ou la protéine C-réactive.

2. Pour le traitement de l'ARTHRITE IDIOPATHIQUE JUVÉNILE polyarticulaire fortement évolutive

La couverture initiale de 16 semaines est offerte aux doses suivantes: 10 mg/kg pour les enfants pesant < 75 kg; les doses pour les enfants pesant 75 kg ou plus devraient se calculer comme les doses d'adultes et ne pas excéder un maximum de 1000 mg. Après l'administration initiale de la première dose, les doses subséquentes se feront après deux semaines et quatre semaines puis administrée aux quatre semaines.
• Le médicament est prescrit par un rhumatologue

Pour les patients de 6-17 ans et qui répondent aux critères suivants:
• ≥ 5 articulations enflées; ET
• ≥ 3 articulations avec amplitude de mouvement limitée et/ou sensibilité/douleur; ET
• Affection réfractaire à un essai adéquat d'une dose thérapeutique de méthotrexate.

Une prolongation de la couverture peut être autorisée advenant une amélioration de 30% de 3 des 6 paramètres cliniques suivant le traitement.
Le patient a présenté 3 des 6 variables suivantes:
• Réduction de > 30% du nombre d'articulations actives
• Réduction de > 30% du nombre d'articulations présentant une perte d'amplitude de mouvement
• Amélioration de > 30% dans l'échelle d'évaluation globale du médecin
• Amélioration de >30% dans l'échelle d'évaluation globale par le patient ou le parent
• Amélioration de > 30% dans le Questionnaire d'évaluation de l'état de santé de l'enfant (CHAQ)
• Réduction de > 30% dans la VS; ET
• Pas plus d'une de ces variables ne s'est détériorée de plus de 30%

250MG POUDRE POUR SOLUTION

02282097 ORENCIA BMS

125MG SOLUTION

02402475 ORENCIA BMS

92:36.00 ANTIRHUMATISMAUX MODIFICATEURS DE LA MALADIE

ADALIMUMAB

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

1. Pour le traitement de la POLYARTHRITE RHUMATOÏDE fortement évolutive.

La couverture est autorisée pour une période initiale d'un an à une dose de 40 mg aux deux semaines.
• Le médicament est prescrit par un rhumatologue

La couverture est accordée pour adalimumab en association avec le méthotrexate (MTX) ou avec d'autres médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie en vue d'une réduction des signes et des symptômes graves de la polyarthrite rhumatoïde chez les adultes âgés de 18 ans et plus, et qui ont échoués au:
• MTX: administration hebdomadaire par voie orale ou parentérale de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient est âgé de 65 ans ou plus) pour un minimum de 12 semaines de traitement continu. Veuillez prendre note que les patients qui n'ont pas de réponse clinique au MTX oral ou qui ont des intolérances gastro-intestinales peuvent envisager un essai de MTX par voie parentérale; ET
• MTX en association avec au moins deux autres médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie tels que la sulfasalazine et l'hydroxychloroquine, pour un minimum de 12 semaines de traitement continu.
OU si le patient est intolérant ou a échoué sur le MTX ou le MTX est contre-indiqué:
• Une association d'au moins deux antirhumatismaux modificateurs de la maladie tels que le léflunomide, la sulfasalazine, l'hydroxychloroquine, l'azathioprine, la cyclosporine et l'or en traitement continue pour un minimum de 12 semaines.

Une prolongation de la couverture peut être autorisée advenant une amélioration de 20% de 3 des 5 paramètres cliniques suivant le traitement.
• Réduction de > 20% du nombre d'articulations douloureuses et enflées; PLUS
• Amélioration de > 20% dans l'échelle d'appréciation globale du médecin; AVEC soit
• Amélioration de > 20% dans l'échelle d'appréciation globale du patient; OU
• Réduction de > 20% de la phase aiguë mesurée par la VS ou la protéine C-réactive.

2. Pour le traitement de la POLYARTHRITE PSORIASIQUE modéré à grave

La couverture est autorisée pour une période initiale d'un an à une dose de 40 mg aux deux semaines.
• Le médicament est prescrit par un rhumatologue

Au moins deux des critères suivants doivent être présent:
• 5 jointures enflées ou plus
• Si moins de 5 jointures enflées, la présence d'une jointure enflée rapprochée des autres ou incluant le poignet ou la cheville est nécessaire
• Plus d'une jointure avec érosion sur rapport d'imagerie médicale
• Dactylite de deux doigts ou plus.
• Tenosynovite réfractaire à l'utilisation orale des AINS et d'injections de cortisone.
• Enthésite réfractaire à l'utilisation orale des AINS et d'injections de cortisone. (non demandé pour un talon d'Achille)
• Symptômes inflammatoires spinaux réfractaires à deux AINS (minimum quatre semaines d'essai chacun) et avoir un BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) plus grand que 4.
• Utilisation quotidienne de corticostéroïdes.
• Utilisation d'opioïdes > 12 heures par jour pour la douleur résultant de l'inflammation.
ET le patient ne répond pas à:
• Un essai d'au moins deux AINS différents aux doses maximum tolérées pour une durée totale combinée de quatre semaines
PLUS au moins un des médicaments suivants:
• MTX: administration hebdomadaire par voie orale ou parentérale de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient est âgé de > 65 ans) pendant plus de 8 semaines; OU
• Léflunomide: 20 mg par jour pendant 10 semaines; OU
• Sulfasalazine: au moins 2 g par jour pendant 3 mois
• Cyclosporine
OU maladie avec atteinte axiale présentant les éléments suivants:
Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) ≥ 4; ET
Le patient de répond pas à un essai d'au moins deux AINS différents aux doses maximums tolérées pour une durée totale combinée de quatre semaines.

Une prolongation de la couverture peut être autorisée advenant une amélioration du pointage du Psoriatic Arthritis Response Criteria (PsARC).
• Amélioration d'au moins deux des quatre critères du PsARC, dont un doit être le score pour la douleur ou l'enflure articulaires, sans aggravation d'un des quatre critères. Une réponse exprimée en nombre d'articulations correspond à une réduction de ≥ 30%. Une réponse selon l'appréciation globale du médecin ou du patient correspond à une réduction de 1 point.

3. Pour le traitement de la SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE:

La couverture est autorisée pour une période initiale d'un an à une dose de 40 mg aux deux semaines.
• Le médicament est prescrit par un rhumatologue
• BASDAI > 4; ET
• Le patient ne répond pas au traitement un essai de deux AINS différents à la dose maximale tolérée pour une durée totale combinée de quatre semaines;
ET dans le cas d'une atteinte des articulations périphériques, le patient ne répond pas:
• MTX: administration hebdomadaire par voie orale ou parentérale de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient est âgé de > 65 ans) pendant plus de 8 semaines; ET
• Sulfasalazine: 2 g/jour pour au moins trois mois.

NOTE: Dans le cas d'une atteinte axiale, un essai du MTX et de la sulfasalazine n'est pas nécessaire.

Une prolongation de la couverture peut être autorisée advenant une amélioration du pointage du BASDAI.
• Amélioration d'au moins 50% ou de 2 unités au BASDAI.

4. Pour le traitement des patients atteints d'un PSORIASIS modéré à grave et qui répondent aux critères suivants:

La couverture est autorisée pour une période de 16 semaines à une dose initiale de 80 mg, puis suivie de 40 mg aux 2 semaines commençant une semaine

92:36.00 ANTIRHUMATISMAUX MODIFICATEURS DE LA MALADIE

après la dose initiale.
• Prescrit par un dermatologue
• Surface corporelle atteinte supérieure à 10% et/ou atteinte importante du visage, des mains, des pieds ou des organes génitaux. ET
• Intolérance ou absence de réponse à la photothérapie; OU
• Incapacité d'avoir accès à la photothérapie. ET
• Intolérance ou absence de réponse au méthotrexate (MTX) à l'administration hebdomadaire de MTX par voie orale ou parentérale de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient est âgé de > 65 ans) pendant plus de 8 semaines; ET
• Intolérance ou absence de réponse à la cyclosporine; OU
• Une contre-indication au MTX et/ou à la cyclosporine.

Une prolongation de la couverture au-delà de 16 semaines sera autorisée advenant une diminution significative de la surface corporelle atteinte (BSA), de l'amélioration du pointage du Psoriasis Area Severity Index (PASI) et de l'amélioration du Dermatology Life Quality Index (DLQI):
• A réduction de ≥ 75% au niveau du Psoriasis Area Severity Index (PASI); OU
• A réduction de ≥ 50% au niveau du Psoriasis Area Severity Index (PASI) avec une amélioration de ≥ 5 points dans le Dermatology Life Quality Index (DLQI); OU
• Une réduction notable de la surface corporelle (SC) touchée, en prenant en considération les zones importantes comme le visage, les mains, les pieds ou les organes génitaux.

5. Pour les patients atteints de la MALADIE DE CROHN modérément à fortement évolutive

La couverture est autorisée pour une période initiale de 12 semaines à une dose de départ de 160 mg suivie de 80 mg 2 semaines plus tard, puis par la suite à une dose allant jusqu'à 40 mg toutes les 2 semaines.
• Prescrit par un gastro-entérologue

Qui répondent aux critères suivants:
• Glucocorticoïdes équivalents à la prednisone: 40 mg/ jour pendant au moins 2 semaines; OU le traitement a été interrompu à cause de contre-indication ou d'une intolérance aux glucocorticoïdes;
PLUS
• Azathioprine: 2 mg/kg/jour pendant au moins 12 semaines; OU
• 6-mercaptopurine: 1 mg/ jour pendant au moins 12 semaines; OU
• méthotrexate: 15 mg/semaine par voie orale ou parentérale pendant au moins 12 semaines.

Une prolongation de la couverture peut être autorisée au-delà de douze semaines advenant une amélioration du pointage du CDAI ou du HBI.
• Une réduction d'au moins 100 points au Crohn's Disease Activity Index (CDAI) OU une réduction d'au moins 3 points à l'indice de Harvey Bradshaw (IHB).

6. Pour le traitement de l'ARTHRITE IDIOPATHIQUE JUVÉNILE polyarticulaire fortement évolutive

La couverture est autorisée pour une période initiale d'un an à une dose de 24 mg/m2 de surface corporelle jusqu'à une dose maximum de 40 mg une semaine sur deux.
• Le médicament est prescrit par un rhumatologue

Pour les patients de 2 ans et plus et qui répondent aux critères suivants:
• ≥ 5 articulations enflées; ET
• ≥ 3 articulations avec amplitude de mouvement limitée et/ou sensibilité/douleur; ET
• Affection réfractaire à un essai adéquat d'une dose thérapeutique de méthotrexate.

Une prolongation de la couverture peut être autorisée advenant une amélioration de 30% de 3 des 6 paramètres cliniques suivant le traitement.
Le patient a présenté 3 des 6 variables suivantes:
• Réduction de > 30% du nombre d'articulations actives
• Réduction de > 30% du nombre d'articulations présentant une perte d'amplitude de mouvement
• Amélioration de >30% dans l'échelle d'évaluation globale du médecin
• Amélioration de >30% dans l'échelle d'évaluation globale par le patient ou le parent
• Amélioration de > 30% dans le Questionnaire d'évaluation de l'état de santé de l'enfant (CHAQ)
• Réduction de > 30% dans la VS; ET
• Pas plus d'une de ces variables ne s'est détériorée de plus de 30%

7. Pour le traitement de patients adultes souffrant d'une COLITE ULCÉREUSE évolutive modérée à grave et pour les patients qui répondent aux critères suivants:

La couverture est autorisée pour une période initiale de 12 semaines à une dose de départ de 160 mg suivie de 80 mg deux semaines plus tard, puis par la suite à une dose allant jusqu'à 40 mg toutes les deux semaines.
• Prescrit par un gastroentérologue
• Le score partiel Mayo est plus grand que 4
• Réponse insuffisante aux thérapies conventionnelles suivantes:
- 5-ASA, 4 g par jour pour 6 semaines; PLUS
- Glucocorticoïdes équivalente à la prednisone 40 mg par jour pour deux semaines OU le traitement a été interrompu à cause de contre-indication ou d'une intolérance aux glucocorticoïdes.

Une prolongation de la couverture peut être autorisée au-delà de douze semaines advenant une amélioration du score partie Mayo.

8. Pour le traitement des patients adultes avec HIDRADÉNITE SUPPURÉE active, modérée à sévère

La couverture est prévue pour une période initiale de 12 semaines à une dose de 160 mg à la semaine 0, suivie de 80 mg deux semaines plus tard, puis 40 mg chaque semaine à partir de 4 semaines après la dose initiale.
• Prescrit par un dermatologue

Pour le traitement des patients adultes atteints d'HIDRADÉNITE SUPPURÉE active, modérée à sévère qui répondent à tous les critères suivants:
• Nombre total de lésions inflammatoires (abcès et nodules) de 3 ou plus; ET
• Les lésions sont présentes dans au moins deux zones anatomiques distinctes, dont l'une doit être selon la classification de Hurley, de Stade II ou III * Veuillez décrire les zones anatomiques des lésions; ET

92:36.00 ANTIRHUMATISMAUX MODIFICATEURS DE LA MALADIE

• Réponse inadéquate à un essai de 90 jours d'antibiotiques par voie orale.

* Classification de Hurley, Stade II et III définis comme suit:
Stade II: Un ou plusieurs abcès récurrents largement séparés avec formation de fistules et cicatrices
Stade III: multiples trajets fistuleux et abcès interconnectés dans toute une zone

La couverture au-delà de la période initiale de 12 semaines sera basée sur la diminution du nombre de nodules inflammatoires et d'abcès:
• Réduction d'au moins 50% du nombre d'abcès et de nodules inflammatoires par rapport aux valeurs initiales; ET
• Aucune augmentation du nombre d'abcès; ET
• Aucune augmentation du nombre de fistules à drainage actif.

40MG/VIAL SOLUTION

02258595 HUMIRA ABV

92:36.00 ANTIRHUMATISMAUX MODIFICATEURS DE LA MALADIE

CERTOLIZUMAB PEGOL

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

1. Pour le traitement de la POLYARTHRITE RHUMATOÏDE fortement évolutive.

La couverture est autorisée pour une période initiale d'un an à une dose de 400mg aux semaines 0, 2 et 4, suivie d'une dose de 200mg toutes les deux semaines ou d'une dose de 400mg toutes les 4 semaines.
• Le médicament est prescrit par un rhumatologue

La couverture est accordée pour certolizumab pegol en association avec le méthotrexate (MTX) ou avec d'autres médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie en vue d'une réduction des signes et des symptômes graves de la polyarthrite rhumatoïde chez les adultes âgés de 18 ans et plus, et qui ont échoués au:
• MTX: administration hebdomadaire par voie orale ou parentérale de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient est âgé de 65 ans ou plus) pour un minimum de 12 semaines de traitement continu. Veuillez prendre note que les patients qui n'ont pas de réponse clinique au MTX oral ou qui ont des intolérances gastro-intestinales peuvent envisager un essai de MTX par voie parentérale; ET
• MTX en association avec au moins deux autres médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie tels que la sulfasalazine et l'hydroxychloroquine, pour un minimum de 12 semaines de traitement continu.
OU si le patient est intolérant ou a échoué sur le MTX ou le MTX est contre-indiqué:
• Une association d'au moins deux antirhumatismaux modificateurs de la maladie tels que le léflunomide, la sulfasalazine, l'hydroxychloroquine, l'azathioprine, la cyclosporine et l'or en traitement continue pour un minimum de 12 semaines.

Une prolongation de la couverture peut être autorisée advenant une amélioration de 20% de 3 des 5 paramètres cliniques suivant le traitement.
• Réduction de > 20% du nombre d'articulations douloureuses et enflées; PLUS
• Amélioration de > 20% dans l'échelle d'appréciation globale du médecin; AVEC soit
• Amélioration de > 20% dans l'échelle d'appréciation globale du patient; OU
• Réduction de > 20% de la phase aiguë mesurée par la VS ou la protéine C-réactive.

2. Pour le traitement de la POLYARTHRITE PSORIASIQUE modéré à grave

La couverture est autorisée pour une période initiale d'un an à une dose de 400mg aux semaines 0, 2 et 4, suivie d'une dose de 200mg toutes les deux semaines ou d'une dose de 400mg toutes les 4 semaines.
• Le médicament est prescrit par un rhumatologue

Au moins deux des critères suivants doivent être présent:
• 5 jointures enflées ou plus
• Si moins de 5 jointures enflées, la présence d'une jointure enflée rapprochée des autres ou incluant le poignet ou la cheville est nécessaire
• Plus d'une jointure avec érosion sur rapport d'imagerie médicale
• Dactylite de deux doigts ou plus.
• Tenosynovite réfractaire à l'utilisation orale des AINS et d'injections de cortisone.
• Enthésite réfractaire à l'utilisation orale des AINS et d'injections de cortisone. (non demandé pour un talon d'Achille)
• Symptômes inflammatoires spinaux réfractaires à deux AINS (minimum quatre semaines d'essai chacun) et avoir un BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) plus grand que 4.
• Utilisation quotidienne de corticostéroïdes.
• Utilisation d'opioïdes > 12 heures par jour pour la douleur résultant de l'inflammation.
ET le patient ne répond pas à:
• Un essai d'au moins deux AINS différents aux doses maximum tolérées pour une durée totale combinée de quatre semaines
PLUS au moins un des médicaments suivants:
• MTX: administration hebdomadaire par voie orale ou parentérale (SC ou IM) de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient est âgé de > 65 ans) pendant plus de 8 semaines; OU
• Léflunomide: 20 mg par jour pendant 10 semaines; OU
• Sulfasalazine: au moins 2 g par jour pendant 3 mois
• Cyclosporine
OU maladie avec atteinte axiale présentant les éléments suivants:
Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) ≥ 4; ET
Le patient de répond pas à un essai d'au moins deux AINS différents aux doses maximums tolérées pour une durée totale combinée de quatre semaines.

Une prolongation de la couverture peut être autorisée advenant une amélioration du pointage du Psoriatic Arthritis Response Criteria (PsARC).
• Amélioration d'au moins deux des quatre critères du PsARC, dont un doit être le score pour la douleur ou l'enflure articulaires, sans aggravation d'un des quatre critères. Une réponse exprimée en nombre d'articulations correspond à une réduction de ≥ 30%. Une réponse selon l'appréciation globale du médecin ou du patient correspond à une réduction de 1 point.

3. Pour le traitement de la SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE:

La couverture est autorisée pour une période initiale d'un an à une dose de 400mg aux semaines 0, 2 et 4, suivie d'une dose de 200mg toutes les deux semaines ou d'une dose de 400mg toutes les 4 semaines.
• Le médicament est prescrit par un rhumatologue
• BASDAI > 4; ET
• Le patient ne répond pas au traitement un essai de deux AINS différents à la dose maximale tolérée pour une durée totale combinée de quatre semaines;
ET dans le cas d'une atteinte des articulations périphériques, le patient ne répond pas:
• MTX: administration hebdomadaire par voie orale ou parentérale (SC ou IM) de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient est âgé de > 65 ans) pendant plus de 8 semaines; ET
• Sulfasalazine: 2 g/jour pour au moins trois mois.

NOTE: Dans le cas d'une atteinte axiale, un essai du MTX et de la sulfasalazine n'est pas nécessaire.

Une prolongation de la couverture au-delà des trois doses initiales peut être autorisée advenant une amélioration du pointage du Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI).

92:36.00 ANTIRHUMATISMAUX MODIFICATEURS DE LA MALADIE

• Amélioration d'au moins 50% ou de 2 unités au BASDAI.

200MG SOLUTION

02465574 CIMZIA UCB

200MG/ML SOLUTION

02331675 CIMZIA UCB

92:36.00 ANTIRHUMATISMAUX MODIFICATEURS DE LA MALADIE

ÉTANERCEPT

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

1. Pour le traitement de la POLYARTHRITE RHUMATOÏDE fortement évolutive.

La couverture est autorisée pour une période initiale d'un an à une dose de 50 mg aux une semaine.
• Le médicament est prescrit par un rhumatologue

La couverture est accordée pour étanercept en association avec le méthotrexate (MTX) ou avec d'autres médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie en vue d'une réduction des signes et des symptômes graves de la polyarthrite rhumatoïde chez les adultes âgés de 18 ans et plus, et qui ont échoués au:
• MTX: administration hebdomadaire par voie orale ou parentérale de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient est âgé de 65 ans ou plus) pour un minimum de 12 semaines de traitement continu. Veuillez prendre note que les patients qui n'ont pas de réponse clinique au MTX oral ou qui ont des intolérances gastro-intestinales peuvent envisager un essai de MTX par voie parentérale; ET
• MTX en association avec au moins deux autres médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie tels que la sulfasalazine et l'hydroxychloroquine, pour un minimum de 12 semaines de traitement continu.
OU si le patient est intolérant ou a échoué sur le MTX ou le MTX est contre-indiqué:
• Une association d'au moins deux antirhumatismaux modificateurs de la maladie tels que le léflunomide, la sulfasalazine, l'hydroxychloroquine, l'azathioprine, la cyclosporine et l'or en traitement continue pour un minimum de 12 semaines.

Une prolongation de la couverture peut être autorisée advenant une amélioration de 20% de 3 des 5 paramètres cliniques suivant le traitement.
• Réduction de > 20% du nombre d'articulations douloureuses et enflées; PLUS
• Amélioration de > 20% dans l'échelle d'appréciation globale du médecin; AVEC soit
• Amélioration de > 20% dans l'échelle d'appréciation globale du patient; OU
• Réduction de > 20% de la phase aiguë mesurée par la VS ou la protéine C-réactive.

2. Pour le traitement de la POLYARTHRITE PSORIASIQUE modéré à grave

La couverture est autorisée pour une période initiale d'un an à une dose de 50 mg aux une semaine.
• Le médicament est prescrit par un rhumatologue

Au moins deux des critères suivants doivent être présent:
• 5 jointures enflées ou plus
• Si moins de 5 jointures enflées, la présence d'une jointure enflée rapprochée des autres ou incluant le poignet ou la cheville est nécessaire
• Plus d'une jointure avec érosion sur rapport d'imagerie médicale
• Dactylite de deux doigts ou plus.
• Tenosynovite réfractaire à l'utilisation orale des AINS et d'injections de cortisone.
• Enthésite réfractaire à l'utilisation orale des AINS et d'injections de cortisone. (non demandé pour un talon d'Achille)
• Symptômes inflammatoires spinaux réfractaires à deux AINS (minimum quatre semaines d'essai chacun) et avoir un BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) plus grand que 4.
• Utilisation quotidienne de corticostéroïdes.
• Utilisation d'opioïdes > 12 heures par jour pour la douleur résultant de l'inflammation.
ET le patient ne répond pas à:
• Un essai d'au moins deux AINS différents aux doses maximum tolérées pour une durée totale combinée de quatre semaines
PLUS au moins un des médicaments suivants:
• MTX: administration hebdomadaire par voie orale ou parentérale de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient est âgé de > 65 ans) pendant plus de 8 semaines; OU
• Léflunomide: 20 mg par jour pendant 10 semaines; OU
• Sulfasalazine: au moins 2 g par jour pendant 3 mois
• Cyclosporine
OU maladie avec atteinte axiale présentant les éléments suivants:
Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) ≥ 4; ET
Le patient de répond pas à un essai d'au moins deux AINS différents aux doses maximums tolérées pour une durée totale combinée de quatre semaines.

Une prolongation de la couverture peut être autorisée advenant une amélioration du pointage du Psoriatic Arthritis Response Criteria (PsARC).
• Amélioration d'au moins deux des quatre critères du PsARC, dont un doit être le score pour la douleur ou l'enflure articulaires, sans aggravation d'un des quatre critères. Une réponse exprimée en nombre d'articulations correspond à une réduction de ≥ 30%. Une réponse selon l'appréciation globale du médecin ou du patient correspond à une réduction de 1 point.

3. Pour le traitement de la SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE:

La couverture est autorisée pour une période initiale d'un an à une dose de 50 mg aux une semaine.
• Le médicament est prescrit par un rhumatologue
• BASDAI > 4; ET
• Le patient ne répond pas au traitement un essai de deux AINS différents à la dose maximale tolérée pour une durée totale combinée de quatre semaines;
ET dans le cas d'une atteinte des articulations périphériques, le patient ne répond pas:
• MTX: administration hebdomadaire par voie orale ou parentérale de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient est âgé de > 65 ans) pendant plus de 8 semaines; ET
• Sulfasalazine: 2 g/jour pour au moins trois mois.

NOTE: Dans le cas d'une atteinte axiale, un essai du MTX et de la sulfasalazine n'est pas nécessaire.

Une prolongation de la couverture peut être autorisée advenant une amélioration du pointage du BASDAI.
• Amélioration d'au moins 50% ou de 2 unités au BASDAI.

4. Pour le traitement de l'ARTHRITE IDIOPATHIQUE JUVÉNILE polyarticulaire fortement évolutive

La couverture est offerte à une dose de 0,8 mg/kg/semaine, jusqu'à concurrence de 50 mg/semaine pour une période d'une année.

92:36.00 ANTIRHUMATISMAUX MODIFICATEURS DE LA MALADIE

• Le médicament est prescrit par un rhumatologue

Pour les patients de 4-17 ans et qui répondent aux critères suivants:
• ≥ 5 articulations enflées; ET
• ≥ 3 articulations avec amplitude de mouvement limitée et/ou sensibilité/douleur; ET
• Affection réfractaire à un essai adéquat d'une dose thérapeutique de méthotrexate.

Une prolongation de la couverture peut être autorisée advenant une amélioration de 30% de 3 des 6 paramètres cliniques suivant le traitement.
Le patient a présenté 3 des 6 variables suivantes:
• Réduction de > 30% du nombre d'articulations actives
• Réduction de > 30% du nombre d'articulations présentant une perte d'amplitude de mouvement
• Amélioration de > 30% dans l'échelle d'évaluation globale du médecin
• Amélioration de >30% dans l'échelle d'évaluation globale par le patient ou le parent
• Amélioration de > 30% dans le Questionnaire d'évaluation de l'état de santé de l'enfant (CHAQ)
• Réduction de > 30% dans la VS
ET
• Pas plus d'une de ces variables ne s'est détériorée de plus de 30%

25MG/VIAL INJECTION

02242903 ENBREL PED

50MG/ML INJECTION

02274728 ENBREL PED
99100373 ENBREL SURECLICK SERINGUE AMG

ÉTANERCEPT (BRENZYS)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

La couverture pour BRENZYS sera approuvée indéfiniment.

1. Pour le traitement de la POLYARTHRITE RHUMATOÏDE fortement évolutive.

• Le médicament est prescrit par un rhumatologue

La couverture est accordée pour étanercept en association avec le méthotrexate (MTX) ou avec d'autres médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie en vue d'une réduction des signes et des symptômes graves de la polyarthrite rhumatoïde chez les adultes âgés de 18 ans et plus, et qui ont échoués au:
• MTX: administration hebdomadaire par voie orale ou parentérale de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient est âgé de 65 ans ou plus) pour un minimum de 12 semaines de traitement continu. Veuillez prendre note que les patients qui n'ont pas de réponse clinique au MTX oral ou qui ont des intolérances gastro-intestinales peuvent envisager un essai de MTX par voie parentérale; ET
• MTX en association avec au moins deux autres médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie tels que la sulfasalazine et l'hydroxychloroquine, pour un minimum de 12 semaines de traitement continu.
OU si le patient est intolérant ou a échoué sur le MTX ou le MTX est contre-indiqué:
• Une association d'au moins deux antirhumatismaux modificateurs de la maladie tels que le léflunomide, la sulfasalazine, l'hydroxychloroquine, l'azathioprine, la cyclosporine et l'or en traitement continue pour un minimum de 12 semaines.

2. Pour le traitement de la SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE:

• Le médicament est prescrit par un rhumatologue
• BASDAI > 4; ET
• Le patient ne répond pas au traitement un essai de deux AINS différents à la dose maximale tolérée pour une durée totale combinée de quatre semaines; ET dans le cas d'une atteinte des articulations périphériques, le patient ne répond pas:
• MTX: administration hebdomadaire par voie orale ou parentérale de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient est âgé de > 65 ans) pendant plus de 8 semaines; ET
• Sulfasalazine: 2 g/jour pour au moins trois mois.

NOTE: Dans le cas d'une atteinte axiale, un essai du MTX et de la sulfasalazine n'est pas nécessaire.

50MG SOLUTION

02455323 BRENZYS UNK
02455331 BRENZYS UNK

92:36.00 ANTIRHUMATISMAUX MODIFICATEURS DE LA MALADIE

ETANERCEPT (ERELZI)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

La couverture pour ERELZI sera approuvée indéfiniment.

1. Pour le traitement de la POLYARTHRITE RHUMATOÏDE fortement évolutive.

• Le médicament est prescrit par un rhumatologue

La couverture est accordée pour étanercept en association avec le méthotrexate (MTX) ou avec d'autres médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie en vue d'une réduction des signes et des symptômes graves de la polyarthrite rhumatoïde chez les adultes âgés de 18 ans et plus, et qui ont échoués au:
• MTX: administration hebdomadaire par voie orale ou parentérale de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient est âgé de 65 ans ou plus) pour un minimum de 12 semaines de traitement continu. Veuillez prendre note que les patients qui n'ont pas de réponse clinique au MTX oral ou qui ont des intolérances gastro-intestinales peuvent envisager un essai de MTX par voie parentérale; ET
• MTX en association avec au moins deux autres médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie tels que la sulfasalazine et l'hydroxychloroquine, pour un minimum de 12 semaines de traitement continu.
OU si le patient est intolérant ou a échoué sur le MTX ou le MTX est contre-indiqué:
• Une association d'au moins deux antirhumatismaux modificateurs de la maladie tels que le léflunomide, la sulfasalazine, l'hydroxychloroquine, l'azathioprine, la cyclosporine et l'or en traitement continue pour un minimum de 12 semaines.

2. Pour le traitement de la SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE:

• Le médicament est prescrit par un rhumatologue
• BASDAI > 4; ET
• Le patient ne répond pas au traitement un essai de deux AINS différents à la dose maximale tolérée pour une durée totale combinée de quatre semaines; ET dans le cas d'une atteinte des articulations périphériques, le patient ne répond pas:
• MTX: administration hebdomadaire par voie orale ou parentérale de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient est âgé de > 65 ans) pendant plus de 8 semaines; ET
• Sulfasalazine: 2 g/jour pour au moins trois mois.

NOTE: Dans le cas d'une atteinte axiale, un essai du MTX et de la sulfasalazine n'est pas nécessaire.

3. Pour le traitement de l'ARTHRITE IDIOPATHIQUE JUVÉNILE polyarticulaire fortement évolutive

• Le médicament est prescrit par un rhumatologue

Pour les enfants de 4 ans et plus ans et qui répondent aux critères suivants:
• ≥ 5 articulations enflées; ET
• ≥ 3 articulations avec amplitude de mouvement limitée et/ou sensibilité/douleur; ET
• Affection réfractaire à un essai adéquat d'une dose thérapeutique de méthotrexate.

25MG SOLUTION

02462877 ERELZI SDZ

50MG SOLUTION

02462850 ERELZI SDZ
02462869 ERELZI SDZ

92:36.00 ANTIRHUMATISMAUX MODIFICATEURS DE LA MALADIE

GOLIMUMAB

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

1. Pour le traitement de la POLYARTHRITE RHUMATOÏDE fortement évolutive.

La couverture sera prolongée pour des doses n'étant pas au-delà de 50 mg par mois.
• Le médicament est prescrit par un rhumatologue

La couverture est accordée pour golimumab en association avec le méthotrexate (MTX) ou avec d'autres médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie en vue d'une réduction des signes et des symptômes graves de la polyarthrite rhumatoïde chez les adultes âgés de 18 ans et plus, et qui ont échoués au:
• MTX: administration hebdomadaire par voie orale ou parentérale de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient est âgé de 65 ans ou plus) pour un minimum de 12 semaines de traitement continu. Veuillez prendre note que les patients qui n'ont pas de réponse clinique au MTX oral ou qui ont des intolérances gastro-intestinales peuvent envisager un essai de MTX par voie parentérale;
ET
• MTX en association avec au moins deux autres médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie tels que la sulfasalazine et l'hydroxychloroquine, pour un minimum de 12 semaines de traitement continu.
OU si le patient est intolérant ou a échoué sur le MTX ou le MTX est contre-indiqué:
• Une association d'au moins deux antirhumatismaux modificateurs de la maladie tels que le léflunomide, la sulfasalazine, l'hydroxychloroquine, l'azathioprine, la cyclosporine et l'or en traitement continue pour un minimum de 12 semaines.

Une prolongation de la couverture peut être autorisée advenant une amélioration de 20% de 3 des 5 paramètres cliniques suivant le traitement.
• Réduction de > 20% du nombre d'articulations douloureuses et enflées; PLUS
• Amélioration de > 20% dans l'échelle d'appréciation globale du médecin; AVEC soit
• Amélioration de > 20% dans l'échelle d'appréciation globale du patient; OU
• Réduction de > 20% de la phase aiguë mesurée par la VS ou la protéine C-réactive.

2. Pour le traitement de la POLYARTHRITE PSORIASIQUE modéré à grave

La couverture sera prolongée pour des doses n'étant pas au-delà de 50 mg par mois.
• Le médicament est prescrit par un rhumatologue

Au moins deux des critères suivants doivent être présent:
• 5 jointures enflées ou plus
• Si moins de 5 jointures enflées, la présence d'une jointure enflée rapprochée des autres ou incluant le poignet ou la cheville est nécessaire
• Plus d'une jointure avec érosion sur rapport d'imagerie médicale
• Dactylite de deux doigts ou plus.
• Tenosynovite réfractaire à l'utilisation orale des AINS et d'injections de cortisone.
• Enthésite réfractaire à l'utilisation orale des AINS et d'injections de cortisone. (non demandé pour un talon d'Achille)
• Symptômes inflammatoires spinaux réfractaires à deux AINS (minimum quatre semaines d'essai chacun) et avoir un BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) plus grand que 4.
• Utilisation quotidienne de corticostéroïdes.
• Utilisation d'opioïdes > 12 heures par jour pour la douleur résultant de l'inflammation.
ET le patient ne répond pas à:
• Un essai d'au moins deux AINS différents aux doses maximum tolérées pour une durée totale combinée de quatre semaines
PLUS au moins un des médicaments suivants:
• MTX: administration hebdomadaire par voie orale ou parentérale de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient est âge de > 65 ans) pendant plus de 8 semaines; OU
• Léflunomide: 20 mg par jour pendant 10 semaines; OU
• Sulfasalazine: au moins 2 g par jour pendant 3 mois
• Cyclosporine
OU maladie avec atteinte axiale présentant les éléments suivants:
Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) ≥ 4; ET
Le patient de répond pas à un essai d'au moins deux AINS différents aux doses maximums tolérées pour une durée totale combinée de quatre semaines.

Une prolongation de la couverture peut être autorisée advenant une amélioration du pointage du Psoriatic Arthritis Response Criteria (PsARC).
• Amélioration d'au moins deux des quatre critères du PsARC, dont un doit être le score pour la douleur ou l'enflure articulaires, sans aggravation d'un des quatre critères. Une réponse exprimée en nombre d'articulations correspond à une réduction de ≥ 30%. Une réponse selon l'appréciation globale du médecin ou du patient correspond à une réduction de 1 point.

3. Pour le traitement de la SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE:

La couverture sera prolongée pour des doses n'étant pas au-delà de 50 mg par mois.
• Le médicament est prescrit par un rhumatologue
• BASDAI > 4; ET
• Le patient ne répond pas au traitement un essai de deux AINS différents à la dose maximale tolérée pour une durée totale combinée de quatre semaines;
ET dans le cas d'une atteinte des articulations périphériques, le patient ne répond pas:
• MTX: administration hebdomadaire par voie orale ou parentérale (SC ou IM) de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient est âgé de > 65 ans) pendant plus de 8 semaines; ET
• Sulfasalazine: 2 g/jour pour au moins trois mois.

NOTE: Dans le cas d'une atteinte axiale, un essai du MTX et de la sulfasalazine n'est pas nécessaire.

Une prolongation de la couverture peut être autorisée advenant une amélioration du pointage du BASDAI.
• Amélioration d'au moins 50% ou de 2 unités au BASDAI.

4. Pour le traitement de patients adultes souffrant d'une COLITE ULCÉREUSE évolutive modérée à grave et pour les patients qui répondent aux critères suivants:

92:36.00 ANTIRHUMATISMAUX MODIFICATEURS DE LA MALADIE

La couverture sera accordée au départ pour une période de trois mois à une dose de 200 mg pour la première semaine puis de 100 mg, deux semaines plus tard et par la suite de 50 mg toutes les quatre semaines.
• Prescrit par un gastroentérologue
• Le score partiel Mayo est plus grand que 4
• Réponse insuffisante aux thérapies conventionnelles suivantes:
- 5-ASA, 4 g par jour pour 6 semaines; PLUS
- Glucocorticoïdes équivalente à la prednisone 40 mg par jour pour deux semaines OU le traitement a été interrompu à cause de contre-indication ou d'une intolérance aux glucocorticoïdes.

Le prescripteur pourra indiquer une dose de d'entretien de 100 mg s'il le juge approprié.

50MG/0.5ML SOLUTION

02324776	SIMPONI	JSO
02324784	SIMPONI	JSO

100MG/ML SOLUTION

02413175	SIMPONI	JSO
02413183	SIMPONI	JSO

92:36.00 ANTIRHUMATISMAUX MODIFICATEURS DE LA MALADIE

INFLIXIMAB (INFLECTRA)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

La couverture pour INFLECTRA sera approuvée indéfiniment.

1. Pour le traitement de la POLYARTHRITE RHUMATOÏDE fortement évolutive.

• Le médicament est prescrit par un rhumatologue

La couverture est accordée pour infliximab en association avec le méthotrexate (MTX) ou avec d'autres médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie en vue d'une réduction des signes et des symptômes graves de la polyarthrite rhumatoïde chez les adultes âgés de 18 ans et plus, et qui ont échoués au:
• MTX: administration hebdomadaire par voie orale ou parentérale de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient est âgé de 65 ans ou plus) pour un minimum de 12 semaines de traitement continu. Veuillez prendre note que les patients qui n'ont pas de réponse clinique au MTX oral ou qui ont des intolérances gastro-intestinales peuvent envisager un essai de MTX par voie parentérale;
ET
• MTX en association avec au moins deux autres médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie tels que la sulfasalazine et l'hydroxychloroquine, pour un minimum de 12 semaines de traitement continu.
OU si le patient est intolérant ou a échoué sur le MTX ou le MTX est contre-indiqué:
• Une association d'au moins deux antirhumatismaux modificateurs de la maladie tels que le léflunomide, la sulfasalazine, l'hydroxychloroquine, l'azathioprine, la cyclosporine et l'or en traitement continue pour un minimum de 12 semaines.

2. Pour le traitement de la POLYARTHRITE PSORIASIQUE modéré à grave

• Le médicament est prescrit par un rhumatologue

Au moins deux des critères suivants doivent être présent:
• 5 jointures enflées ou plus
• Si moins de 5 jointures enflées, la présence d'une jointure enflée rapprochée des autres ou incluant le poignet ou la cheville est nécessaire
• Plus d'une jointure avec érosion sur rapport d'imagerie médicale
• Dactylite de deux doigts ou plus.
• Ténosynovite réfractaire à l'utilisation orale des AINS et d'injections de cortisone.
• Enthésite réfractaire à l'utilisation orale des AINS et d'injections de cortisone. (non demandé pour un talon d'Achille)
• Symptômes inflammatoires spinaux réfractaires à deux AINS (minimum quatre semaines d'essai chacun) et avoir un BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) plus grand que 4.
• Utilisation quotidienne de corticostéroïdes.
• Utilisation d'opioïdes > 12 heures par jour pour la douleur résultant de l'inflammation.
ET le patient ne répond pas à:
• Un essai d'au moins deux AINS différents aux doses maximum tolérées pour une durée totale combinée de quatre semaines
PLUS au moins un des médicaments suivants:
• MTX: administration hebdomadaire par voie orale ou parentérale (SC ou IM) de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient est âgé de > 65 ans) pendant plus de 8 semaines; OU
• Léflunomide: 20 mg par jour pendant 10 semaines; OU
• Sulfasalazine: au moins 2 g par jour pendant 3 mois
• Cyclosporine
OU maladie avec atteinte axiale présentant les éléments suivants:
Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) ≥ 4; ET
Le patient de répond pas à un essai d'au moins deux AINS différents aux doses maximums tolérées pour une durée totale combinée de quatre semaines.

3. Pour le traitement de la SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE:

• Le médicament est prescrit par un rhumatologue
• BASDAI > 4; ET
• Le patient ne répond pas au traitement un essai de deux AINS différents à la dose maximale tolérée pour une durée totale combinée de quatre semaines;
ET dans le cas d'une atteinte des articulations périphériques, le patient ne répond pas:
• MTX: administration hebdomadaire par voie orale ou parentérale de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient est âgé de > 65 ans) pendant plus de 8 semaines; ET
• Sulfasalazine: 2 g/jour pour au moins trois mois.

NOTE: Dans le cas d'une atteinte axiale, un essai du MTX et de la sulfasalazine n'est pas nécessaire.

4. Pour le traitement des patients atteints d'un PSORIASIS modéré à grave et qui répondent aux critères suivants:

• Prescrit par un dermatologue
• Surface corporelle atteinte supérieure à 10% et/ou atteinte importante du visage, des mains, des pieds ou des organes génitaux.
ET
• Intolérance ou absence de réponse à la photothérapie; OU
• Incapacité d'avoir accès à la photothérapie.
ET
• Intolérance ou absence de réponse au méthotrexate (MTX) à l'administration hebdomadaire de MTX par voie orale ou parentérale de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient est âgé de > 65 ans) pendant plus de 8 semaines;
ET
• Intolérance ou absence de réponse à la cyclosporine; OU
• Une contre-indication au MTX et/ou à la cyclosporine.

5. Pour les patients atteints de la MALADIE DE CROHN modérément à fortement évolutive

• Prescrit par un gastro-entérologue

92:36.00 ANTIRHUMATISMAUX MODIFICATEURS DE LA MALADIE

Qui répondent aux critères suivants:
• Glucocorticoïdes équivalents à la prednisone: 40 mg/ jour pendant au moins 2 semaines; OU le traitement a été interrompu à cause de contre-indication ou d'une intolérance aux glucocorticoïdes;
PLUS
• Azathioprine: 2 mg/kg/jour pendant au moins 12 semaines; OU
• 6-mercaptopurine: 1 mg/ jour pendant au moins 12 semaines; OU
• méthotrexate: 15 mg/semaine par voie orale ou parentérale pendant au moins 12 semaines.

6. Pour le traitement de la maladie de CROHN AVEC FISTULISATION

• Le médicament est prescrit par un gastro-entérologue.

Le patient satisfait aux critères suivants:
• Le patient est un adulte qui présente une ou des fistules périanales ou entérocutanées qui persistent ou sont réapparues malgré un cycle d'antibiothérapie adéquat (p. ex ciprofloxacine avec ou sans métronidazole pendant au moins 3 semaines);
PLUS
Un essai d'un (1) traitement d'immunodépresseur:
• Azathioprine à raison de 2 à 2,5 g/kg/jour pendant au moins 3 moins ou traitement interrompu avant 3 moins en raison d'effets indésirables graves.
OU
• 6-mercaptopurine à raison de 50 à 70 mg/jour pendant au moins 3 moins ou traitement interrompu avant 3 moins en raison d'effets indésirables graves.

7. Pour le traitement de patients adultes souffrant d'une COLITE ULCÉREUSE évolutive modérée à grave et pour les patients qui répondent aux critères suivants:

• Prescrit par un gastroentérologue
• Le score partiel Mayo est plus grand que 4
• Réponse insuffisante aux thérapies conventionnelles suivantes:
- 5-ASA, 4 g par jour pour 6 semaines; PLUS
- Glucocorticoïdes équivalente à la prednisone 40 mg par jour pour deux semaines OU le traitement a été interrompu à cause de contre-indication ou d'une intolérance aux glucocorticoïdes

100MG POUDRE POUR SOLUTION

02419475 INFLECTRA HOS

92:36.00 ANTIRHUMATISMAUX MODIFICATEURS DE LA MALADIE

INFLIXIMAB (REMICADE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

1. Pour le traitement de la POLYARTHRITE RHUMATOÏDE fortement évolutive.

La couverture initiale permettra l'administration de trois doses de 3mg/kg/dose administrées à la 1ere dose et aux 2e et 6e semaines.
• Le médicament est prescrit par un rhumatologue

La couverture est accordée pour infliximab en association avec le méthotrexate (MTX) ou avec d'autres médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie en vue d'une réduction des signes et des symptômes graves de la polyarthrite rhumatoïde chez les adultes âgés de 18 ans et plus, et qui ont échoués au:
• MTX: administration hebdomadaire par voie orale ou parentérale de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient est âgé de 65 ans ou plus) pour un minimum de 12 semaines de traitement continu. Veuillez prendre note que les patients qui n'ont pas de réponse clinique au MTX oral ou qui ont des intolérances gastro-intestinales peuvent envisager un essai de MTX par voie parentérale; ET
• MTX en association avec au moins deux autres médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie tels que la sulfasalazine et l'hydroxychloroquine, pour un minimum de 12 semaines de traitement continu.
OU si le patient est intolérant ou a échoué sur le MTX ou le MTX est contre-indiqué:
• Une association d'au moins deux antirhumatismaux modificateurs de la maladie tels que le léflunomide, la sulfasalazine, l'hydroxychloroquine, l'azathioprine, la cyclosporine et l'or en traitement continue pour un minimum de 12 semaines.

Une prolongation de la couverture peut être autorisée advenant une amélioration de 20% de 3 des 5 paramètres cliniques suivant le traitement.
• Réduction de > 20% du nombre d'articulations douloureuses et enflées; PLUS
• Amélioration de > 20% dans l'échelle d'appréciation globale du médecin; AVEC soit
• Amélioration de > 20% dans l'échelle d'appréciation globale du patient; OU
• Réduction de > 20% de la phase aiguë mesurée par la VS ou la protéine C-réactive.

2. Pour les patients atteints de la MALADIE DE CROHN modérément à fortement évolutive

La couverture initiale permettra l'administration de 3 doses de 5mg/kg/dose à 1ere dose et aux 2e et 6e semaines.
• Prescrit par un gastro-entérologue

Qui répondent aux critères suivants:
• Glucocorticoïdes équivalents à la prednisone: 40 mg/ jour pendant au moins 2 semaines; OU le traitement a été interrompu à cause de contre-indication ou d'une intolérance aux glucocorticoïdes;
PLUS
• Azathioprine: 2 mg/kg/jour pendant au moins 12 semaines; OU
• 6-mercaptopurine: 1 mg/ jour pendant au moins 12 semaines; OU
• méthotrexate: 15 mg/semaine par voie orale ou parentérale pendant au moins 12 semaines.

Une prolongation de la couverture au-delà des trois doses initiales peut être autorisée advenant une amélioration du pointage du CDAI ou du HBI.
• Une réduction d'au moins 100 points au Crohn's Disease Activity Index (CDAI) OU une réduction d'au moins 3 points à l'indice de Harvey Bradshaw (IHB).

3. Pour le traitement de la maladie de CROHN AVEC FISTULISATION

La couverture initiale permettra l'administration de 3 doses de 5mg/kg/dose à 1ere dose et aux 2e et 6e semaines.
• Le médicament est prescrit par un gastro-entérologue.

Le patient satisfait aux critères suivants:
• Le patient est un adulte qui présente une ou des fistules périanales ou entérocutanées qui persistent ou sont réapparues malgré un cycle d'antibiothérapie adéquat (p. ex ciprofloxacine avec ou sans métronidazole pendant au moins 3 semaines);
PLUS
Un essai d'un (1) traitement d'immunodépresseur:
• Azathioprine à raison de 2 à 2,5 g/kg/jour pendant au moins 3 moins ou traitement interrompu avant 3 moins en raison d'effets indésirables graves. OU
• 6-mercaptopurine à raison de 50 à 70 mg/jour pendant au moins 3 moins ou traitement interrompu avant 3 moins en raison d'effets indésirables graves.

Une prolongation de la couverture au-delà des trois doses initiales peut être autorisée advenant une amélioration ou une fermeture de la fistule à drainage actif.
• Aucune fermeture des fistules ou une diminution minimale du drainage et du saignement des fistules a été observée.

100MG/VIAL POUDRE POUR SOLUTION

02244016 REMICADE JSO

92:36.00 ANTIRHUMATISMAUX MODIFICATEURS DE LA MALADIE

TOCILIZUMAB (IV)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

1. Pour le traitement de la POLYARTHRITE RHUMATOÏDE fortement évolutive.

La couverture initiale est fournie pour 16 semaines à une dose de 4 mg/kg/dose une fois toutes les quatre semaines.
• Le médicament est prescrit par un rhumatologue

La couverture est accordée pour tocilizumab en association avec le méthotrexate (MTX) ou avec d'autres médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie en vue d'une réduction des signes et des symptômes graves de la polyarthrite rhumatoïde chez les adultes âgés de 18 ans et plus, et qui ont échoués au:
• MTX: administration hebdomadaire par voie orale ou parentérale de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient est âgé de 65 ans ou plus) pour un minimum de 12 semaines de traitement continu. Veuillez prendre note que les patients qui n'ont pas de réponse clinique au MTX oral ou qui ont des intolérances gastro-intestinales peuvent envisager un essai de MTX par voie parentérale;
ET
• MTX en association avec au moins deux autres médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie tels que la sulfasalazine et l'hydroxychloroquine, pour un minimum de 12 semaines de traitement continu.
OU si le patient est intolérant ou a échoué sur le MTX ou le MTX est contre-indiqué:
• Une association d'au moins deux antirhumatismaux modificateurs de la maladie tels que le leélunomide, la sulfasalazine, l'hydroxychloroquine, l'azathioprine, la cyclosporine et l'or en traitement continue pour un minimum de 12 semaines.

La couverture peut être maintenue après les 16 premières semaines à une dose maximum de 8 mg/kg/dose ou de 800 mg par infusion une fois toutes les quatre semaines. Cette prolongation de couverture sera autorisée s'il y a une amélioration de 20% du nombre d'articulations enflées et d'articulations douloureuses depuis l'évaluation clinique ainsi que d'une amélioration de 20% de 2 des 5 paramètres cliniques suivant le traitement.
• Réduction de > 20% du nombre d'articulations douloureuses et enflées; PLUS
• Amélioration de > 20% dans l'échelle d'appréciation globale du médecin; AVEC soit
• Amélioration de > 20% dans l'échelle d'appréciation globale du patient; OU
• Réduction de > 20% de la phase aiguë mesurée par la VS ou la protéine C-réactive.

2. Pour le traitement de la POLYARTHRITE JUVÉNILE SYSTÉMIQUE

La couverture initiale de 16 semaines est fournie pour une dose de 12 mg/kg une fois toutes les deux semaines chez les enfants pesants < 30 kg, et de 8 mg/kg chez les enfants pesants ≥ 30 kg.
• Le médicament est prescrit par un rhumatologue

Pour les patients de 2-17 ans et plus et qui répondent aux critères suivants:
• N'ont pas répondu adéquatement aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et aux corticostéroïdes systémiques (avec ou sans méthotrexate) en raison d'une intolérance ou d'un manque d'efficacité du traitement.

La couverture peut être maintenue après les 16 premières semaines lorsqu'il y a une amélioration > 30% relativement à 3 des 6 paramètres cliniques suivant le traitement.
Le patient a présenté 3 des 6 variables suivantes:
• Réduction de > 30% du nombre d'articulations actives
• Réduction de > 30% du nombre d'articulations présentant une perte d'amplitude de mouvement
• Amélioration de > 30% dans l'échelle d'évaluation globale du médecin
• Amélioration de >30% dans l'échelle d'évaluation globale par le patient ou le parent
• Amélioration de > 30% dans le Questionnaire d'évaluation de l'état de santé de l'enfant (CHAQ)
• Réduction de > 30% dans la VS
ET
• Pas plus d'une de ces variables ne s'est détériorée de plus de 30%

3. Pour le traitement de l'ARTHRITE IDIOPATHIQUE JUVÉNILE polyarticulaire fortement évolutive

La couverture initiale de 16 semaines est fournie pour une dose de 10 mg/kg une fois toutes les quatre semaines chez les enfants pesants < 30 kg, et de 8 mg/kg chez les enfants pesants ≥ 30 kg.
• Le médicament est prescrit par un rhumatologue

Pour les patients de 2 ans et plus et qui répondent aux critères suivants:
• ≥ 5 articulations enflées; ET
• ≥ 3 articulations avec amplitude de mouvement limitée et/ou sensibilité/douleur; ET
• Affection réfractaire à un essai adéquat d'une dose thérapeutique de méthotrexate.

La couverture peut être maintenue après les 16 premières semaines lorsqu'il y a une amélioration > 30% relativement à 3 des 6 paramètres cliniques suivant le traitement.
Le patient a présenté 3 des 6 variables suivantes:
• Réduction de > 30% du nombre d'articulations actives
• Réduction de > 30% du nombre d'articulations présentant une perte d'amplitude de mouvement
• Amélioration de > 30% dans l'échelle d'évaluation globale du médecin
• Amélioration de >30% dans l'échelle d'évaluation globale par le patient ou le parent
• Amélioration de > 30% dans le Questionnaire d'évaluation de l'état de santé de l'enfant (CHAQ)
• Réduction de > 30% dans la VS; ET
• Pas plus d'une de ces variables ne s'est détériorée de plus de 30%

80MG/4ML SOLUTION

02350092 ACTEMRA HLR

92:36.00 ANTIRHUMATISMAUX MODIFICATEURS DE LA MALADIE

TOCILIZUMAB (IV)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

1. Pour le traitement de la POLYARTHRITE RHUMATOÏDE fortement évolutive.

La couverture initiale est fournie pour 16 semaines à une dose de 4 mg/kg/dose une fois toutes les quatre semaines.
• Le médicament est prescrit par un rhumatologue

La couverture est accordée pour tocilizumab en association avec le méthotrexate (MTX) ou avec d'autres médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie en vue d'une réduction des signes et des symptômes graves de la polyarthrite rhumatoïde chez les adultes âgés de 18 ans et plus, et qui ont échoués au:
• MTX: administration hebdomadaire par voie orale ou parentérale de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient est âgé de 65 ans ou plus) pour un minimum de 12 semaines de traitement continu. Veuillez prendre note que les patients qui n'ont pas de réponse clinique au MTX oral ou qui ont des intolérances gastro-intestinales peuvent envisager un essai de MTX par voie parentérale;
ET
• MTX en association avec au moins deux autres médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie tels que la sulfasalazine et l'hydroxychloroquine, pour un minimum de 12 semaines de traitement continu.
OU si le patient est intolérant ou a échoué sur le MTX ou le MTX est contre-indiqué:
• Une association d'au moins deux antirhumatismaux modificateurs de la maladie tels que le leéflunomide, la sulfasalazine, l'hydroxychloroquine, l'azathioprine, la cyclosporine et l'or en traitement continue pour un minimum de 12 semaines.

La couverture peut être maintenue après les 16 premières semaines à une dose maximum de 8 mg/kg/dose ou de 800 mg par infusion une fois toutes les quatre semaines. Cette prolongation de couverture sera autorisée s'il y a une amélioration de 20% du nombre d'articulations enflées et d'articulations douloureuses depuis l'évaluation clinique ainsi que d'une amélioration de 20% de 2 des 5 paramètres cliniques suivant le traitement.
• Réduction de > 20% du nombre d'articulations douloureuses et enflées; PLUS
• Amélioration de > 20% dans l'échelle d'appréciation globale du médecin; AVEC soit
• Amélioration de > 20% dans l'échelle d'appréciation globale du patient; OU
• Réduction de > 20% de la phase aiguë mesurée par la VS ou la protéine C-réactive.

2. Pour le traitement de la POLYARTHRITE JUVÉNILE SYSTÉMIQUE

La couverture initiale de 16 semaines est fournie pour une dose de 12 mg/kg une fois toutes les deux semaines chez les enfants pesants < 30 kg, et de 8 mg/kg chez les enfants pesants ≥ 30 kg.
• Le médicament est prescrit par un rhumatologue

Pour les patients de 2-17 ans et plus et qui répondent aux critères suivants:
• N'ont pas répondu adéquatement aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et aux corticostéroïdes systémiques (avec ou sans méthotrexate) en raison d'une intolérance ou d'un manque d'efficacité du traitement.

La couverture peut être maintenue après les 16 premières semaines lorsqu'il y a une amélioration > 30% relativement à 3 des 6 paramètres cliniques suivant le traitement:
Le patient a présenté 3 des 6 variables suivantes:
• Réduction de > 30% du nombre d'articulations actives
• Réduction de > 30% du nombre d'articulations présentant une perte d'amplitude de mouvement
• Amélioration de > 30% dans l'échelle d'évaluation globale du médecin
• Amélioration de >30% dans l'échelle d'évaluation globale par le patient ou le parent
• Amélioration de > 30% dans le Questionnaire d'évaluation de l'état de santé de l'enfant (CHAQ)
• Réduction de > 30% dans la VS
ET
• Pas plus d'une de ces variables ne s'est détériorée de plus de 30%

3. Pour le traitement de l'ARTHRITE IDIOPATHIQUE JUVÉNILE polyarticulaire fortement évolutive

La couverture initiale de 16 semaines est fournie pour une dose de 10 mg/kg une fois toutes les quatre semaines chez les enfants pesants < 30 kg, et de 8 mg/kg chez les enfants pesants ≥ 30 kg.
• Le médicament est prescrit par un rhumatologue

Pour les patients de 2 ans et plus et qui répondent aux critères suivants:
• ≥ 5 articulations enflées; ET
• ≥ 3 articulations avec amplitude de mouvement limitée et/ou sensibilité/douleur; ET
• Affection réfractaire à un essai adéquat d'une dose thérapeutique de méthotrexate.

La couverture peut être maintenue après les 16 premières semaines lorsqu'il y a une amélioration > 30% relativement à 3 des 6 paramètres cliniques suivant le traitement.
Le patient a présenté 3 des 6 variables suivantes:
• Réduction de > 30% du nombre d'articulations actives
• Réduction de > 30% du nombre d'articulations présentant une perte d'amplitude de mouvement
• Amélioration de > 30% dans l'échelle d'évaluation globale du médecin
• Amélioration de >30% dans l'échelle d'évaluation globale par le patient ou le parent
• Amélioration de > 30% dans le Questionnaire d'évaluation de l'état de santé de l'enfant (CHAQ)
• Réduction de > 30% dans la VS; ET
• Pas plus d'une de ces variables ne s'est détériorée de plus de 30%

200MG/10ML SOLUTION

02350106 ACTEMRA HLR

92:36.00 ANTIRHUMATISMAUX MODIFICATEURS DE LA MALADIE

TOCILIZUMAB (IV)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

1. Pour le traitement de la POLYARTHRITE RHUMATOÏDE fortement évolutive.

La couverture initiale est fournie pour 16 semaines à une dose de 4 mg/kg/dose une fois toutes les quatre semaines.
• Le médicament est prescrit par un rhumatologue

La couverture est accordée pour tocilizumab en association avec le méthotrexate (MTX) ou avec d'autres médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie en vue d'une réduction des signes et des symptômes graves de la polyarthrite rhumatoïde chez les adultes âgés de 18 ans et plus, et qui ont échoués au:
• MTX: administration hebdomadaire par voie orale ou parentérale de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient est âgé de 65 ans ou plus) pour un minimum de 12 semaines de traitement continu. Veuillez prendre note que les patients qui n'ont pas de réponse clinique au MTX oral ou qui ont des intolérances gastro-intestinales peuvent envisager un essai de MTX par voie parentérale;
ET
• MTX en association avec au moins deux autres médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie tels que la sulfasalazine et l'hydroxychloroquine, pour un minimum de 12 semaines de traitement continu.
OU si le patient est intolérant ou a échoué sur le MTX ou le MTX est contre-indiqué:
• Une association d'au moins deux antirhumatismaux modificateurs de la maladie tels que le léflunomide, la sulfasalazine, l'hydroxychloroquine, l'azathioprine, la cyclosporine et l'or en traitement continue pour un minimum de 12 semaines.

La couverture peut être maintenue après les 16 premières semaines à une dose maximum de 8 mg/kg/dose ou de 800 mg par infusion une fois toutes les quatre semaines. Cette prolongation de couverture sera autorisée s'il y a une amélioration de 20% du nombre d'articulations enflées et d'articulations douloureuses depuis l'évaluation clinique ainsi que d'une amélioration de 20% de 2 des 5 paramètres cliniques suivant le traitement.
• Réduction de > 20% du nombre d'articulations douloureuses et enflées; PLUS
• Amélioration de > 20% dans l'échelle d'appréciation globale du médecin; AVEC soit
• Amélioration de > 20% dans l'échelle d'appréciation globale du patient; OU
• Réduction de > 20% de la phase aiguë mesurée par la VS ou la protéine C-réactive.

2. Pour le traitement de la POLYARTHRITE JUVÉNILE SYSTÉMIQUE

La couverture initiale de 16 semaines est fournie pour une dose de 12 mg/kg une fois toutes les deux semaines chez les enfants pesants < 30 kg, et de 8 mg/kg chez les enfants pesants ≥ 30 kg.
• Le médicament est prescrit par un rhumatologue

Pour les patients de 2-17 ans et plus et qui répondent aux critères suivants:
• N'ont pas répondu adéquatement aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et aux corticostéroïdes systémiques (avec ou sans méthotrexate) en raison d'une intolérance ou d'un manque d'efficacité du traitement.

La couverture peut être maintenue après les 16 premières semaines lorsqu'il y a une amélioration > 30% relativement à 3 des 6 paramètres cliniques suivant le traitement.
Le patient a présenté 3 des 6 variables suivantes:
• Réduction de > 30% du nombre d'articulations actives
• Réduction de > 30% du nombre d'articulations présentant une perte d'amplitude de mouvement
• Amélioration de > 30% dans l'échelle d'évaluation globale du médecin
• Amélioration de >30% dans l'échelle d'évaluation globale par le patient ou le parent
• Amélioration de > 30% dans le Questionnaire d'évaluation de l'état de santé de l'enfant (CHAQ)
• Réduction de > 30% dans la VS
ET
• Pas plus d'une de ces variables ne s'est détériorée de plus de 30%

3. Pour le traitement de l'ARTHRITE IDIOPATHIQUE JUVÉNILE polyarticulaire fortement évolutive

La couverture initiale de 16 semaines est fournie pour une dose de 10 mg/kg une fois toutes les quatre semaines chez les enfants pesants < 30 kg, et de 8 mg/kg chez les enfants pesants ≥ 30 kg.
• Le médicament est prescrit par un rhumatologue

Pour les patients de 2 ans et plus et qui répondent aux critères suivants:
• ≥ 5 articulations enflées; ET
• ≥ 3 articulations avec amplitude de mouvement limitée et/ou sensibilité/douleur; ET
• Affection réfractaire à un essai adéquat d'une dose thérapeutique de méthotrexate.

La couverture peut être maintenue après les 16 premières semaines lorsqu'il y a une amélioration > 30% relativement à 3 des 6 paramètres cliniques suivant le traitement.
Le patient a présenté 3 des 6 variables suivantes:
• Réduction de > 30% du nombre d'articulations actives
• Réduction de > 30% du nombre d'articulations présentant une perte d'amplitude de mouvement
• Amélioration de > 30% dans l'échelle d'évaluation globale du médecin
• Amélioration de >30% dans l'échelle d'évaluation globale par le patient ou le parent
• Amélioration de > 30% dans le Questionnaire d'évaluation de l'état de santé de l'enfant (CHAQ)
• Réduction de > 30% dans la VS; ET
• Pas plus d'une de ces variables ne s'est détériorée de plus de 30%

400MG/20ML SOLUTION

02350114 ACTEMRA HLR

92:36.00 ANTIRHUMATISMAUX MODIFICATEURS DE LA MALADIE

TOCILIZUMAB (SC)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

1. Pour le traitement de la POLYARTHRITE RHUMATOÏDE fortement évolutive.

Une approbation initiale sera accordée pour les patients de moins de 100 kg à une dose de 162 mg aux 2 semaines jusqu'à un maximum of 162 mg aux semaines pour un total maximum de 51 doses.
Pour les patients pesant 100 kg ou plus, la couverture sera accordée à une dose de 162 mg aux semaines pour un total maximum de 52 doses.
• Le médicament est prescrit par un rhumatologue

La couverture est accordée pour tocilizumab en association avec le méthotrexate (MTX) ou avec d'autres médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie en vue d'une réduction des signes et des symptômes graves de la polyarthrite rhumatoïde chez les adultes âgés de 18 ans et plus, et qui ont échoués au:
• MTX: administration hebdomadaire par voie orale ou parentérale de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient est âgé de 65 ans ou plus) pour un minimum de 12 semaines de traitement continu. Veuillez prendre note que les patients qui n'ont pas de réponse clinique au MTX oral ou qui ont des intolérances gastro-intestinales peuvent envisager un essai de MTX par voie parentérale;
ET
• MTX en association avec au moins deux autres médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie tels que la sulfasalazine et l'hydroxychloroquine, pour un minimum de 12 semaines de traitement continu.
OU si le patient est intolérant ou a échoué sur le MTX ou le MTX est contre-indiqué:
• Une association d'au moins deux antirhumatismaux modificateurs de la maladie tels que le léflunomide, la sulfasalazine, l'hydroxychloroquine, l'azathioprine, la cyclosporine et l'or en traitement continue pour un minimum de 12 semaines.

Une prolongation de la couverture peut être autorisée advenant une amélioration de 20% de 3 des 5 paramètres cliniques suivant le traitement.
• Réduction de > 20% du nombre d'articulations douloureuses et enflées; PLUS
• Amélioration de > 20% dans l'échelle d'appréciation globale du médecin; AVEC soit
• Amélioration de > 20% dans l'échelle d'appréciation globale du patient; OU
• Réduction de > 20% de la phase aiguë mesurée par la VS ou la protéine C-réactive.

162MG SOLUTION

02424770 ACTEMRA HLR

TOFACITINIB (CITRATE DE)

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

1. Pour le traitement de la POLYARTHRITE RHUMATOÏDE fortement évolutive.

La couverture de la tofacitinib chez les patients adultes ≥ 18 ans est fourni à une dose MAXIMALE de 10 mg par jour pour une période initiale d'un an.
• Le médicament est prescrit par un rhumatologue

La couverture est accordée pour tofacitinib en association avec le méthotrexate (MTX) ou avec d'autres médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie en vue d'une réduction des signes et des symptômes graves de la polyarthrite rhumatoïde chez les adultes âgés de 18 ans et plus, et qui ont échoués au:
• MTX: administration hebdomadaire par voie orale ou parentérale de 20 mg ou plus (15 mg ou plus si le patient est âgé de 65 ans ou plus) pour un minimum de 12 semaines de traitement continu. Veuillez prendre note que les patients qui n'ont pas de réponse clinique au MTX oral ou qui ont des intolérances gastro-intestinales peuvent envisager un essai de MTX par voie parentérale;
ET
• MTX en association avec au moins deux autres médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie tels que la sulfasalazine et l'hydroxychloroquine, pour un minimum de 12 semaines de traitement continu.
OU si le patient est intolérant ou a échoué sur le MTX ou le MTX est contre-indiqué:
• Une association d'au moins deux antirhumatismaux modificateurs de la maladie tels que le léflunomide, la sulfasalazine, l'hydroxychloroquine, l'azathioprine, la cyclosporine et l'or en traitement continue pour un minimum de 12 semaines.

Une prolongation de la couverture peut être autorisée advenant une amélioration de 20% de 3 des 5 paramètres cliniques suivant le traitement.
• Réduction de > 20% du nombre d'articulations douloureuses et enflées; PLUS
• Amélioration de > 20% dans l'échelle d'appréciation globale du médecin; AVEC soit
• Amélioration de > 20% dans l'échelle d'appréciation globale du patient; OU
• Réduction de > 20% de la phase aiguë mesurée par la VS ou la protéine C-réactive.

5MG COMPRIMÉ

02423898 XELJANZ PFI

92:44.00 IMMUNODEPRESSEURS

CYCLOSPORINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des greffés.

SF **10MG CAPSULE**

02237671 NEORAL NVR

SF **25MG CAPSULE**

02150689 NEORAL NVR
02247073 SANDOZ CYCLOSPORINE SDZ

92:44.00 IMMUNODEPRESSEURS

CYCLOSPORINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des greffés.

ST 50MG CAPSULE

02150662	NEORAL	NVR
02247074	SANDOZ CYCLOSPORINE	SDZ

ST 100MG CAPSULE

02150670	NEORAL	NVR
02242821	SANDOZ CYCLOSPORINE	SDZ

ST 100MG/ML SOLUTION

02244324	APO-CYCLOSPORINE	APX
02150697	NEORAL	NVR

MEPOLIZUMAB

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour la couverture initiale de 12 mois:
Pour le traitement d'appoint de l'asthme éosinophilique sévère chez les adultes qui sont mal contrôlés par des corticostéroïdes inhalés à forte dose plus un ou plusieurs autres contrôleurs de l'asthme (p. Ex. Un bêta-agoniste à action prolongée);
ET
• Avoir un taux d'éosinophiles sanguins ≥0.15x109/L avant l'initiation du mépolizumab; OU
• Avoir un taux d'éosinophiles sanguins ≥0.3x109/L au cours des 12 derniers mois (une copie du rapport de laboratoire est requise)
ET
• Avoir eu au moins deux exacerbations d'asthme cliniquement significatives au cours des 12 derniers mois; ET
• Réversibilité démontrée sur la spirométrie (une augmentation de VEMS d'au moins 12% et d'au moins 200 ml) (copie du rapport de spirométrie requise);
OU
• Avoir reçu un traitement d'entretien avec des corticostéroïdes systémiques pendant au moins 3 mois.

Pour une couverture de renouvellement de 12 mois:
Pour le traitement d'appoint de l'asthme éosinophilique sévère chez les patients adultes qui ont présenté une diminution des exacerbations cliniquement significatives avec le traitement par le mépolizumab, comme le démontrent:
• Une réduction du nombre de corticostéroïdes systémiques utilisés à court terme requis pour les exacerbations aiguës; OU
• Une réduction des visites au service des urgences ou des hospitalisations en raison de l'exacerbation de l'asthme;
OU
• Une réduction de la dose quotidienne de corticostéroïdes oraux d'au moins 25%.

100MG POUDRE POUR SOLUTION

02449781	NUCALA	GSK

MOFÉTIL MYCOPHÉNOLATE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des greffés.

ST 250MG CAPSULE

02383780	ACH-MYCOPHENOLATE	ACC
02352559	APO-MYCOPHENOLATE	APX
02192748	CELLCEPT	HLR
02386399	JAMP-MYCOPHENOLATE	JMP
02457369	MYCOPHENOLATE MOFETIL	SAN
02371154	MYLAN-MYCOPHENOLATE	MYL
02320630	SANDOZ MYCOPHENOLATE	SDZ
02364883	TEVA-MYCOPHENOLATE	TEV
02433680	VAN-MYCOPHENOLATE	VAN

ST 500MG COMPRIMÉ

02352567	APO-MYCOPHENOLATE	APX
02237484	CELLCEPT	HLR
02380382	JAMP-MYCOPHENOLATE	JMP
02378574	MYCOPHENOLATE	ACC
02457377	MYCOPHENOLATE MOFETIL	SAN
02370549	MYLAN-MYCOPHENOLATE	MYL
02313855	SANDOZ MYCOPHENOLATE	SDZ

92:44.00 IMMUNODEPRESSEURS

MOFÉTIL MYCOPHÉNOLATE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des greffés.

ST 500MG COMPRIMÉ

02348675	TEVA-MYCOPHENOLATE	TEV
02432625	VAN-MYCOPHENOLATE	VAN

MYCOPHÉNOLATE SODIQUE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des greffés.

ST 180MG COMPRIMÉ (ENTÉROSOLUBLE)

02372738	APO-MYCOPHENOLIC ACID	APX
02264560	MYFORTIC	NVR

ST 360MG COMPRIMÉ (ENTÉROSOLUBLE)

02372746	APO-MYCOPHENOLIC ACID	APX
02264579	MYFORTIC	NVR

SIROLIMUS

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement de deuxième intention chez les patients qui n'ont pas obtenu un résultat adéquat avec le mofétilmycophénolate.

ST 1MG COMPRIMÉ

02247111	RAPAMUNE	PFI

ST 1MG/ML SOLUTION

02243237	RAPAMUNE	PFI

TACROLIMUS MONOHYDRATE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement des greffés.

ST 0.5MG CAPSULE

02243144	PROGRAF	AST
02416816	SANDOZ TACROLIMUS	SDZ

ST 1MG CAPSULE

02175991	PROGRAF	AST
02416824	SANDOZ TACROLIMUS	SDZ

ST 5MG CAPSULE

02175983	PROGRAF	AST

ST 5MG CAPSULE (LIBÉRATION IMMÉDIATE)

02416832	SANDOZ TACROLIMUS	SDZ

ST 0.5MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02296462	ADVAGRAF	AST

ST 1MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02296470	ADVAGRAF	AST

ST 3MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02331667	ADVAGRAF	AST

ST 5MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)

02296489	ADVAGRAF	AST

5MG/ML SOLUTION

02176009	PROGRAF	AST

92:44.00 IMMUNODEPRESSEURS

VÉDOLIZUMAB

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

1. Pour les patients atteints de la MALADIE DE CROHN modérément à fortement évolutive

La couverture est accordée pour une période initiale de 14 jours à une dose de 300 mg par semaine pour la première dose, à la deuxième et la sixième semaine puis à toutes les huit semaines par la suite. La thérapie d'entretien est accordée à une dose qui ne dépasse pas 300 mg aux huit semaines.
• Prescrit par un gastro-entérologue

Qui répondent aux critères suivants:
• Glucocorticoïdes équivalents à la prednisone: 40 mg/ jour pendant au moins 2 semaines; OU le traitement a été interrompu à cause de contre-indication ou d'une intolérance aux glucocorticoïdes;
PLUS
• Azathioprine: 2 mg/kg/jour pendant au moins 12 semaines; OU
• 6-mercaptopurine: 1 mg/ jour pendant au moins 12 semaines; OU
• méthotrexate: 15 mg/semaine par voie orale ou parentérale pendant au moins 12 semaines.

Une prolongation de la couverture peut être autorisée au-delà de 14 semaines advenant une amélioration du pointage du CDAI ou du HBI.
• Une réduction d'au moins 100 points au Crohn's Disease Activity Index (CDAI) OU une réduction d'au moins 3 points à l'indice de Harvey Bradshaw (IHB).

2. Pour le traitement de patients adultes souffrant d'une COLITE ULCÉREUSE évolutive modérée à grave et pour les patients qui répondent aux critères suivants:

La couverture est accordée pour une période initiale de 14 jours à une dose de 300 mg par semaine pour la première dose, à la deuxième et la sixième semaine puis à toutes les huit semaines par la suite. La thérapie d'entretien est accordée à une dose qui ne dépasse pas 300 mg aux huit semaines.
• Prescrit par un gastroentérologue
• Le score partiel Mayo est plus grand que 4
• Réponse insuffisante aux thérapies conventionnelles suivantes:
- 5-ASA, 4 g par jour pour 6 semaines; PLUS
- Glucocorticoïdes équivalente à la prednisone 40 mg par jour pour deux semaines OU le traitement a été interrompu à cause de contre-indication ou d'une intolérance aux glucocorticoïdes.

Une prolongation de la couverture peut être autorisée au-delà de 14 semaines advenant une amélioration du score partiel.

300MG POUDRE POUR SOLUTION

02436841 ENTYVIO TAK

92:92.00 AUTRES AGENTS THÉRAPEUTIQUES

INCOBOTULINUMTOXIN A

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement du:
• Strabisme et du blépharospasme associés à la dystonie, notamment le blépharospasme essentiel bénin ou les troubles du nerf facial VII chez les patients de 12 ans et plus; OU
• De la dystonie cervicale (torticolis spasmodique).

50UNIT/VIAL POUDRE POUR SOLUTION

02371081 XEOMIN MEZ

100U/VIAL POUDRE POUR SOLUTION

02324032 XEOMIN MEZ

ONABOTULINUMTOXIN A

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement:
• du strabisme et le blépharospasme associés à la dystonie, y compris le blépharospasme essentiel bénin ou les troubles du nerf VII chez les patients âgés de 12 ans et plus; OU
• de la dystonie cervicale (torticolis spasmodique); OU
• de l'incontinence urinaire causée par l'hyperactivité neurogène du détrusor attribuable à une vessie neurogène associée à la sclérose en plaques ou à une lésion du rachis cervical inférieur.

50IU INJECTION

09857386 BOTOX FIOLE (ON) ALL

200IU INJECTION

09857387 BOTOX FIOLE (ON) ALL

100IU POUDRE POUR SOLUTION

01981501 BOTOX ALL

94:00 APPAREILS

94:00.00 APPAREILS

APPAREIL D'ESPACEMENT

Médicament à usage restreint pour lequel une quantité et une fréquence maximales d'utilisation ont été établies (il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable).

Couverture accordée pour un 2 appareil d'espacement tous les 12 mois.

DISPOSITIF

96899962	AEROCHAMBRE AC BOYZ	TRU
96899963	AEROCHAMBRE AC GIRLZ	TRU
96899969	AEROCHAMBRE PLUS FLOW-VU GRAND	TRU
96899970	AEROCHAMBRE PLUS FLOW-VU GRAND	TRU
96899968	AEROCHAMBRE PLUS FLOW-VU MOUTH	TRU
96899971	AEROCHAMBRE PLUS FLOW-VU PETIT	TRU
96899977	AEROTRACH PLUS	UNK
96899956	COMPACT SPACE PLUS MASQUE GRAND	MIN
96899955	COMPACT SPACE PLUS MASQUE MOYEN	MIN
96899954	COMPACT SPACE PLUS MASQUE PETIT	MIN
96899953	COMPACT SPACE PLUS SANS MASQUE	MIN
99400507	E-Z SPACER	WEP
99400511	E-Z SPACER (MASQUE SEULEMENT)	WEP
99400508	E-Z SPACER AVEC MASQUE PETIT	WEP
96899961	OPTICHAMBER DIAMOND (CHAMBRE)	AUC
96899958	OPTICHAMBER DIAMOND MASQUE GRAND	AUC
96899959	OPTICHAMBER DIAMOND MASQUE MOYEN	AUC
96899960	OPTICHAMBER DIAMOND MASQUE PETIT	AUC
99400501	OPTICHAMBRE	AUC
99400504	OPTICHAMBRE MASQUE GRAND	AUC
99400503	OPTICHAMBRE MASQUE MOYEN	AUC
99400502	OPTICHAMBRE MASQUE PETIT	AUC
99400505	OPTIHALER	AUC
99400790	POCKET CHAMBER MASQUE MOYEN	MCA
99400791	POCKET CHAMBER-MASQUE ADULTE	MCA
99400788	POCKET CHAMBER-MASQUE BÉBÉ	MCA
99400789	POCKET CHAMBER-MASQUE PETIT	MCA
99400787	POCKET CHAMBRE	MCA
96899974	RESPICHAMBER SILICONE MASQ MOYENNE	TRU
96899973	RESPICHAMBER SILICONE MASQ PETITE	TRU
96899972	RESPICHAMBER VHC EMBOUT BUCCAL	TRU

94:01.00 APPAREILS (DIABÉTIQUES)

FOURNITURES POMPE À INSULINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

• Les fournitures de pompes à insuline sont approuvées pour les clients du Programme des SSNA qui ont reçu une autorisation pour une pompe à insuline par le Programme des SSNA; OU
• Les fournitures de pompes à insuline sont approuvées pour les clients du Programme des SSNA qui ont un diagnostic de diabète de type 1 et dont la couverture d'une pompe à insuline a déjà été assumée en partie ou totalement par une autre assurance.

DISPOSITIF

97799674	CARTOUCHE POUR IR200	UNK
97799342	INSET 30 , ENS.DE PERFUSION 43"	UNK
09991458	IV3000	SMW
99401038	PILE-POMPE A INSULINE	AUC

COMFORT ANGLED DISPOSITIF

97799682	COMFORT INCLINE 17MM ENSEMBLE DE PERFUSION	UNK
97799683	COMFORT INCLINE 17MM ENSEMBLE DE PERFUSION	UNK

94:01.00 APPAREILS (DIABÉTIQUES)

FOURNITURES POMPE À INSULINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

- Les fournitures de pompes à insuline sont approuvées pour les clients du Programme des SSNA qui ont reçu une autorisation pour une pompe à insuline par le Programme des SSNA; OU
- Les fournitures de pompes à insuline sont approuvées pour les clients du Programme des SSNA qui ont un diagnostic de diabète de type 1 et dont la couverture d'une pompe à insuline a déjà été assumée en partie ou totalement par une autre assurance.

COMFORT SHORT ANGLED DISPOSITIF		
97799678	COMFORT SRT INCLINE ENSEMBLE DE PERFUSION	UNK
97799679	COMFORT SRT INCLINE ENSEMBLE DE PERFUSION	UNK
CONTACT DETACH DISPOSITIF		
97799610	CONTACT DETACH 90 DEGRE ENSEMBLE DE PERFUSION	UNK
97799672	CONTACT DETACH 90 DEGRE ENSEMBLE DE PERFUSION	UNK
INSET II DISPOSITIF		
97799685	INSET II 90 DEG 6MMX110 CM ENS.DE PERFUSION	UNK
97799687	INSET II 90 DEG 6MMX60 CM ENS.DE PERFUSION	UNK
97799684	INSET II 90 DEG 9MMX110CM ENS.DE PERFUSION	UNK
97799686	INSET II 90 DEG 9MMX60 CM ENS.DE PERFUSION	UNK
MIO DISPOSITIF		
97799490	MIO 6MMX32 ENSEMBLE DE PERFUSION TRANSPARENT	MDT
97799489	MIO 9MMX32 ENSEMBLE DE PERFUSION TRANSPARENT	MDT
97799491	MIO 6MMX18 ENSEMBLE DE PERFUSION BLEU	MDT
97799492	MIO 6MMX18 ENSEMBLE DE PERFUSION ROSE	MDT
97799437	MIO 6MMX23 ENSEMBLE DE PERFUSION ROSE	MDT
97799438	MIO 6MMX23 ENSEMBLE DE PERFUSION BLEU	MDT
OMNIPOD DISPOSITIF		
09991327	PODS	UNK
PARADIGM SILHOUETTE DISPOSITIF		
97799715	PARADIGM SILHOUETTE 13MMX 43'	MDT
97799485	PARADIGM SILHOUETTE 13MMX18"	MDT
97799716	PARADIGM SILHOUETTE 13MMX23'	MDT
97799484	PARADIGM SILHOUETTE 13MMX32"	MDT
97799718	PARADIGM SILHOUETTE 17MMX23'	MDT
97799483	PARADIGM SILHOUETTE 17MMX32"	MDT
97799719	PARADIGM SILHOUETTE 17MMX43'	MDT
97799529	PARADIGM SILHOUETTE CANULE 13	MDT
97799528	PARADIGM SILHOUETTE CANULE 17	MDT
QUICK-SET DISPOSITIF		
97799744	QUICK-SET 6MMX23' TUBES	MDT
97799743	QUICK-SET 6MMX43' TUBES	MDT
97799742	QUICK-SET 9MMX23' TUBES	MDT
97799741	QUICK-SET 9MMX43' TUBES	MDT
97799487	QUICK-SET ENSEMBLE DE PERFFUSION	MDT
97799486	QUICK-SET ENSEMBLE DE PERFUSION	MDT
97799488	QUICK-SET ENSEMBLE DE PERFUSION	MDT
RAPID-D DISPOSITIF		
97799650	RAPID-D 10MM/110	ROD
97799652	RAPID-D 10MM/60CM	ROD
97799651	RAPID-D 10MM/80CM	ROD
97799656	RAPID-D 6MM/110CM	ROD
97799658	RAPID-D 6MM/60CM	ROD
97799657	RAPID-D 6MM/80CM	ROD
97799653	RAPID-D 8MM/110CM	ROD

94:01.00 APPAREILS (DIABÉTIQUES)

FOURNITURES POMPE À INSULINE

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

• Les fournitures de pompes à insuline sont approuvées pour les clients du Programme des SSNA qui ont reçu une autorisation pour une pompe à insuline par le Programme des SSNA; OU
• Les fournitures de pompes à insuline sont approuvées pour les clients du Programme des SSNA qui ont un diagnostic de diabète de type 1 et dont la couverture d'une pompe à insuline a déjà été assumée en partie ou totalement par une autre assurance.

RAPID-D DISPOSITIF

97799655	RAPID-D 8MM/60CM	ROD
97799654	RAPID-D 8MM/80CM	ROD

SURE-T DISPOSITIF

97799521	PARADIGM SURE-T 29G 6MMX18'	MDT
97799520	PARADIGM SURE-T 29G 6MMX23'	MDT
97799519	PARADIGM SURE-T 29G 8MMX23'	MDT

TENDER DISPOSITIF

97799644	TENDER-1 17MM/110	ROD
97799646	TENDER-1 17MM/60	ROD
97799645	TENDER-1 17MM/80	ROD
97799638	TENDER-2 17MM/110	ROD
97799640	TENDER-2 17MM/60	ROD
97799639	TENDER-2 17MM/80	ROD

TENDER "MINI" DISPOSITIF

97799647	TENDER-1 MINI INF SET 13MM/110	ROD
97799649	TENDER-1 MINI INFSET 13MM/60	ROD
97799648	TENDER-1 MINI INFSET 13MM/80	ROD
97799641	TENDER-2 MINI INF SET 13MM/110	ROD
97799643	TENDER-2 MINI INFSET 13MM/60	ROD
97799642	TENDER-2 MINI INFSET 13MM/80	ROD

ULTRAFLEX DISPOSITIF

97799665	ULTRAFLEX 1 10MM/110CM	ROD
97799667	ULTRAFLEX 1 10MM/60CM	ROD
97799666	ULTRAFLEX 1 10MM/80CM	ROD
97799668	ULTRAFLEX 1 8MM/110CM	ROD
97799670	ULTRAFLEX 1 8MM/60CM	ROD
97799669	ULTRAFLEX 1 8MM/80CM	ROD

SERINGUE

97799707	RESERVOIR PARADIGM 5X1.8ML SERINGUE	MDT
97799706	RESERVOIR PARADIGM 7X3.0ML SERINGUE	MDT

96:00 SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

96:00.00 SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE (INJECTION)

Médicaments à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

POUDRE

99100176	VANCOMYCINE	MDS

AAS COMPRIMÉ	35
AAS EC	35
AA-TRIMEBUTINE	25
ABATACEPT	**94**
ABENOL	45
ABILIFY	51
ABIRATERONE (ACETATE DE)	**9**
ACAMPROSATE CALCIQUE	**62**
ACCEL PIOGLITAZONE	84
ACCEL-DONEPEZIL	21
ACCU-CHEK ADVANTAGE BANDELETTE	64
ACCU-CHEK AVIVA BANDELETTE	64
ACCU-CHEK COMPACT BANDELETTE	64
ACCU-CHEK GUIDE BATONNET	64
ACCU-CHEK GUIDE BATONNET (ON)	64
ACCU-CHEK GUIDE BATONNET (SK)	64
ACCU-CHEK MOBILE BANDELETTE	65
ACCU-CHEK MOBILE CASSETTE BAND	65
ACCUTREND GLUCOSE BANDELETTE	65
ACET 325	45
ACET 650	45
ACET CODEINE 30	36
ACETAMINOPHÈENE	44
ACETAMINOPHÈNE	43
ACÉTAMINOPHÈNE	**43**
ACETAMINOPHÈNE BLASON SHIELD	44
ACÉTAMINOPHÈNE, CAFÉINE CITRATE, CODÉINE (PHOSPHATE DE)	**35**
ACÉTAMINOPHÈNE, CODÉINE (PHOSPHATE DE)	**35**
ACÉTAMINOPHÈNE, OXYCODONE (CHLORHYDRATE DE)	**36**
ACH-FINASTERIDE	92
ACH-MYCOPHENOLATE	112
ACH-PIOGLITAZONE	85
ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE	**34**
ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE, OXYCODONE (CHLORHYDRATE DE)	**36**
ACLASTA	93
ACLIDINIUM BROMIDE	**24**
ACLIDINIUM BROMIDE, FORMOTÉROL (FUMARATE DIHYDRATÉ)	**25**
ACT AMPHETAMINE XR	52
ACT BOSENTAN	33
ACT BUPRENORPHINE/NALOXONE	43
ACT CABERGOLINE	61
ACT DEXTROAMPHETAMINE SR	53
ACT DONEPEZIL	21
ACT DUTASTERIDE	91
ACT FINASTERIDE	92
ACT GABAPENTIN	46
ACT LEVOFLOXACIN	2
ACT NABILONE	75
ACT PANTOPRAZOLE	79
ACT PIOGLITAZONE	85
ACT PREGABALIN	48
ACT RALOXIFENE	82
ACT RIZATRIPTAN	59
ACT RIZATRIPTAN ODT	59
ACT SUMATRIPTAN	60
ACT TEMOZOLOMIDE	20
ACTEMRA	108
ADALIMUMAB	**95**
ADCIRCA	33
ADDERALL XR	52
ADÉFOVIR DIPIVOXIL	**6**
ADEMPAS	70
ADVAGRAF	113
ADVAIR 100 DISKUS	27
ADVAIR 125	27
ADVAIR 250	27
ADVAIR 250 DISKUS	27
ADVAIR 500 DISKUS	27
AEROCHAMBRE AC BOYZ	115
AEROCHAMBRE AC GIRLZ	115
AEROCHAMBRE PLUS FLOW-VU GRAND	115
AEROCHAMBRE PLUS FLOW-VU MOUTH	115
AEROCHAMBRE PLUS FLOW-VU PETIT	115
AEROTRACH PLUS	115
AFATINIB DIMALEATE	**9**
AFINITOR	12
AFINITOR DISPERZ	12
AFLIBERCEPT	**72**
AG-ZOLMITRIPTAN ODT	61
ALDARA P	86
ALMOTRIPTAN	58
ALMOTRIPTAN (MALATE DE)	**58**
ALPRAZOLAM	55
ALPRAZOLAM	**55**
AMBRISENTAN	**33**
AMERGE	59
AMIKACIN SULFATE	1
AMIKACINE (SULFATE DE)	**1**
AMPHÉTAMINES, DEXTROAMPHÉTAMINE	**52**
ANORO ELLIPTA	25
APC-ACETAMINOPHÈENE	43
APIXABAN	**30**
APO DIAZEPAM	56
APO DIMENHYDRINATE	74
APO OXAZEPAM	57
APO-ACETAMINOPHÈENE	44
APO-ACETAMINOPHENE	43
APO-ADEFOVIR	6
APO-ALMOTRIPTAN	58
APO-ALPRAZ	55
APO-ATOMOXETINE	62
APO-BENZYDAMINE	71
APO-BOSENTAN	33
APO-BROMAZEPAM	55
APO-CABERGOLINE	61
APO-CLONAZEPAM	45
APO-CYCLOBENZAPRINE	28
APO-CYCLOSPORINE	112
APO-DICLOFENAC	35
APO-DONEPEZIL	21
APO-DUTASTERIDE	91
APO-ENTECAVIR	6
APO-ERLOTINIB	11
APO-FENTANYL MATRIX	37
APO-FINASTERIDE	92
APO-GABAPENTIN	46
APO-HYDROMORPHONE	39
APO-IMATINIB	14
APO-IMIQUIMOD	86
APO-LANSOPRAZOLE	75
APO-LEVOFLOXACIN	2
APO-LINEZOLID	3
APO-LORAZEPAM	56
APO-METHYLPHENIDATE	54
APO-METHYLPHENIDATE ER	54
APO-METHYLPHENIDATE SR	54
APO-MINOCYCLINE	3
APO-MONTELUKAST	69
APO-MOXIFLOXACIN	3
APO-MYCOPHENOLATE	112
APO-MYCOPHENOLIC ACID	113
APO-OMEPRAZOLE	77
APO-OXYCODONE/ACET	36
APO-PANTOPRAZOLE	79
APO-PIOGLITAZONE	85
APO-PREGABALIN	48
APO-RABEPRAZOLE	81
APO-RALOXIFENE	82
APO-RIVASTIGMINE	23
APO-RIZATRIPTAN	59
APO-RIZATRIPTAN RPD	59
APO-ROSIGLITAZONE	86
APO-SILDENAFIL R	33
APO-SUMATRIPTAN	60
APO-TADALAFIL PAH	33
APO-TEMOZOLOMIDE	20
APO-TOLTERODINE	88
APO-VORICONAZOLE	5
APO-ZOLMITRIPTAN	61
APO-ZOLMITRIPTAN RAPID	61
APPAREIL D'ESPACEMENT	**115**
APRÉPITANT	**74**
APTIOM	46
AQUASOL E	89
AQUASOL VITAMINE E	89
ARICEPT	21
ARIPIPRAZOLE	**51**
ASAPHEN	35
ASCENSIA BREEZE 2 BANDELETTE	65
ASCENSIA CONTOUR BANDELETTE	65
ASENAPINE (MALÉATE DE)	**51**
ATASOL 15	35
ATASOL 30	35
ATASOL FORT	44
ATIVAN	56
ATIVAN SUBLINGUAL	56
ATOMOXETINE	62
ATOMOXETINE HYDROCHLORIDE	**62**
AURO-CYCLOBENZAPRINE	28
AURO-DONEPEZIL	21
AURO-ENTECAVIR	6
AURO-FINASTERIDE	92
AURO-GABAPENTIN	46
AURO-GALANTAMINE ER	22
AURO-MONTELUKAST	69
AURO-MOXIFLOXACIN	3

AURO-PANTOPRAZOLE 79
AURO-PREGABALIN 48
AURO-RIZATRIPTAN 59
AUTRE D'USAGE RESTREINT MELANGE EXTERNE 90
AUTRE D'USAGE RESTREINT MELANGE INTERNE 90
AVANDIA 86
AVELOX 3
AVODART 91
AXERT 58
AXITINIB 9
BANZEL 51
BARACLUDE 6
BENZYDAMINE (CHLORHYDRATE DE) 71
BG STAR BANDELETTE (100) 65
BG STAR BANDELETTE (ON) 65
BIO-DONEPEZIL 21
BIO-MOXIFLOXACIN 3
BIO-OMEPRAZOLE 78
BIO-PANTOPRAZOLE 79
BISMUTH 74
BISMUTH (SUBSALICYLATE DE) 74
BISMUTH SUBSALICYLATE 74
BOSENTAN MONOHYDRATE 33
BOSULIF 10
BOSUTINIB 10
BOTOX 114
BOTOX FIOLE (ON) 114
BRENZYS 101
BREO ELLIPTA 26
BROMAZEPAM 55
BROMAZÉPAM 55
BUPRENORPHINE (CHLORHYDRATE DE), NALOXONE (CHLORHYDRATE DE) 43
BUPROPION (CHLORHYDRATE DE) (ZYBAN) 51
CABERGOLINE 61
CAFÉINE CITRATE 54
CAMPRAL 62
CANAGLIFLOZINE 84
CARNITOR 67
CARTOUCHE POUR IR200 115
CEFTAZIDIME 1
CEFTAZIDIME 1
CELLCEPT 112
CENTRUM FORMULE JUNIOR 90
CENTRUM FORMULE JUNIOR COMPLÈTE 90
CENTRUM PRENATAL 90
CENTRUM PRENATAL ADH 90
CERTOLIZUMAB PEGOL 98
CESAMET 74
CHAMPIX 30
CHAMPIX TROUSSE DE DÉPART 30
CIMZIA 99
CITRATE DE CAFEINE POUDRE 54
CLONAPAM 45
CLONAZEPAM 45
CLONAZÉPAM 45
CO CLONAZEPAM 45
CO FENTANYL 37
COBIMETINIB 10
CODEINE 36
CODÉINE (PHOSPHATE DE) 36
CODEINE CONTIN CR 37
CODÉINE MONOHYDRATE, CODÉINE SULFATE TRIHYDRATE 37
CODEINE PHOSPHATE 36
COMFORT INCLINE 17MM ENSEMBLE DE PERFUSION 115
COMFORT SRT INCLINE ENSEMBLE DE PERFUSION 116
COMPACT SPACE PLUS MASQUE GRAND 115
COMPACT SPACE PLUS MASQUE MOYEN 115
COMPACT SPACE PLUS MASQUE PETIT 115
COMPACT SPACE PLUS SANS MASQUE 115
COMPOSÉS DIVERS GTTE YEUX/OREILLES 91
COMPOSÉS DIVERS POUDRE EXTERNE 90
COMPOSES DIVERS SUPPOSITOIRES 91
COMPOSES DIVERS/INFUSION 90
CONCERTA 54
CONTACT DETACH 90 DEGRE ENSEMBLE DE PERFUSION 116
CONTOUR NEXT BANDELETTE (100) 65
CONTOUR NEXT BANDELETTE (ON) 65
COSENTYX 88
COTELLIC 10
CRIZOTINIB 10
CYCLOBENZAPRINE 28
CYCLOBENZAPRINE (CHLORHYDRATE DE) 28
CYCLOSPORINE 111
DABIGATRAN ETEXILATE MESILATE 31
DABRAFENIB 11
DACLATASVIR 6
DAKLINZA 6
DAPAGLIFLOZINE (PROPANEDIOL DE DAPAGLIFLOZINE MONOHYDRATÉ) 84
DARIFÉNACINE (BROMHYDRATE DE) 88
DENOSUMAB (PROLIA) 92
DENOSUMAB (XGEVA) 92
DETROL 88
DEXEDRINE 53
DEXEDRINE SPANSULE 53
DEXTROAMPHETAMINE 53
DEXTROAMPHÉTAMINE (SULFATE DE) 53
DIASTAT 56
DIASTAT 2X 10MG PAQUET RECTAL 56
DIASTAT 2X 15MG PAQUET RECTAL 56
DIAZEPAM 56
DIAZEPAM 56
DIAZÉPAM (DIASTAT) 56
DICETEL 81
DICLOFENAC SODIQUE (TOPIQUE) 35
DICLOFÉNAC TOPIQUE 35
DIÉNOGEST 86
DILAUDID 39
DIMENHYDRINATE 74
DISPOSITIF INTRAUTÉRIN 64
DOLORAL 1 40
DOLORAL 5 40
DOM-ATOMOXETINE 62
DOM-CLONAZEPAM 45
DOM-CLONAZEPAM-R 45
DOM-CYCLOBENZAPRINE 28
DOM-FINASTERIDE 92
DOM-GABAPENTIN 46
DOM-LANSOPRAZOLE 76
DOM-LORAZEPAM 56
DOM-MINOCYCLINE 3
DOM-MONTELUKAST 69
DOM-OMEPRAZOLE DR 78
DOM-PANTOPRAZOLE 79
DOM-PIOGLITAZONE 85
DOM-PREGABALIN 48
DOM-RABEPRAZOLE EC 81
DOM-RIZATRIPTAN RDT 59
DOM-SUMATRIPTAN 60
DOM-ZOLMITRIPTAN 61
DONEPEZIL 21
DONÉPÉZIL (CHLORHYDRATE DE) 21
DOSTINEX 61
DUAKLIR GENUAIR 25
DURAGESIC 37
DUTASTERIDE 91
DUTASTÉRIDE 91
ELBASVIR, GRAZOPREVIR 7
ELIDEL 86
ELIQUIS 30
EMEND 74
EMEND TRI-PACK 74
EMPAGLIFLOZINE 84
ENABLEX 88
ENBREL 101
ENBREL SURECLICK SERINGUE 101
ENFAMIL POLYVISOL 90
ENFAMIL TRIVISOL 90
ENTECAVIR MONOHYDRATE 6
ENTRESTO 34
ENTYVIO 114
ENZALUTAMIDE 11
EPCLUSA 8
ÉPLÉRÉNONE 34
ERELZI 102
ERLOTINIB (CHLORHYDRATE D') 11
ERTAPENEM 1
ESBRIET 68
ESLICARBAZÉPINE (ACÉTATE) 46
ÉTANERCEPT 100
ÉTANERCEPT (BRENZYS) 101
ETANERCEPT (ERELZI) 102
EURO-AAS 35
EVEROLIMUS 12
EVISTA 82
EVOLOCUMAB 32
EXELON 23
EXTEMPORANEOUS MIXTURE (GENDER AFFIRMING) 90
EYLEA 72
EZ HEALTH ORACLE BANDELETTE 65

E-Z SPACER 115
E-Z SPACER (MASQUE SEULEMENT) 115
E-Z SPACER AVEC MASQUE PETIT 115
FÉBUXOSTAT 92
FENTANYL 37
FENTANYL 37
FERAMAX POWDER WATER SOLUBLE POLYSACCHARIDE IRON COMPLEX 30
FÉSOTÉRODINE (FUMARATE) 88
FIBRISTAL 82
FINASTERIDE 92
FINASTÉRIDE 91
FIRST CANHEALTH SPIRIT 66
FLEXI-T +300 DIU 64
FLEXI-T +380 DIU 64
FLEXI-T 300 DIU 64
FLUTICASONE (FUROATE DE), VILANTEROL 25
FLUTICASONE (FUROATE DE), VILANTEROL TRIFENATATE (ASTHMA) 26
FORADIL 26
FORMOTÉROL (FUMARATE DE) 26
FORMOTÉROL (FUMARATE DIHYDRATÉ) 26
FORMOTÉROL (FUMARATE DIHYDRATÉ), BUDÉSONIDE 26
FORMOTÉROL (FUMARATE DIHYDRATÉ), MOMÉTASONE (FUROATE DE) 26
FORTAZ 1G 1
FORTAZ 2G 1
FORTAZ 6G 1
FORXIGA 84
FOSFOMYCINE TROMETHAMINE 8
FOSRENOL 66
FOURNITURES POMPE À INSULINE 115
FREESTYLE BANDELETTE 65
FREESTYLE LITE BANDELETTE 65
FREESTYLE PRECISION BANDELETTE 65
GABAPENTIN 46
GABAPENTINE 46
GALANTAMINE 22
GALANTAMINE (BROMHYDRATE DE) 22
GALANTAMINE ER 22
GD-GABAPENTIN 46
GE200 BABDELETTE (100) (SK) 65
GIOTRIF 9
GLEEVEC 14
GLUCOSE OXIDASE, PEROXIDASE 64
GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE) 24
GOLIMUMAB 103
GOMME NICOTINE 28
GOMME NICOTINE POLACRILEX RUGBY 28
GOMME THRIVE 28
GRAVOL 74
HABITROL 29
HARVONI 8
HEPSERA 6
HOLKIRA PAK 7
HUMIRA 97
HYDROMORPH CONTIN 38
HYDROMORPHONE (CHLORHYDRATE DE) 38
IBAVYR 7
IBRANCE 16
IBRUTINIB 13
ICLUSIG 17
IDELALISIB 13
IMATINIB (MÉSYLATE D') 13
IMBRUVICA 13
IMIQUIMOD 86
IMITREX 60
IMITREX DF 60
IMITREX TROUSSE DE DÉPART 60
INCOBOTULINUMTOXIN A 114
INCRUSE ELLIPTA 25
INDACATÉROL MALÉATE 27
INDACATÉROL MALÉATE, GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE) 24
INFLECTRA 106
INFLIXIMAB (INFLECTRA) 105
INFLIXIMAB (REMICADE) 107
INHALATEUR NICORETTE 28
INLYTA 9
INSET 30 , ENS.DE PERFUSION 43" 115
INSET II 90 DEG 6MMX110 CM ENS.DE PERFUSION 116
INSET II 90 DEG 6MMX60 CM ENS.DE PERFUSION 116
INSET II 90 DEG 9MMX110CM ENS.DE PERFUSION 116
INSET II 90 DEG 9MMX60 CM ENS.DE PERFUSION 116
INSPIOLTO RESPIMAT 27
INSPRA 34
INVANZ 1
INVOKANA 84
ITEST BANDELETTE 65
IV3000 115
JAKAVI 18
JAMP-AAS 34
JAMP-ACETAMINOPHENE 44
JAMP-ACETAMINOPHÈNE 44
JAMP-ALPRAZOLAM 55
JAMP-CYCLOBENZAPRINE 28
JAMP-DIMENHYDRINATE 74
JAMP-DONEPEZIL 21
JAMP-FINASTERIDE 92
JAMP-GABAPENTIN 46
JAMP-MONTELUKAST 69
JAMP-MOXIFLOXACIN 3
JAMP-MYCOPHENOLATE 112
JAMP-OMEPRAZOLE DR 78
JAMP-PANTOPRAZOLE 79
JAMP-PIOGLITAZONE 85
JAMP-PREGABALIN 48
JAMP-RIZATRIPTAN 59
JAMP-RIZATRIPTAN IR 59
JAMP-RIZATRIPTAN ODT 59
JAMP-TOBRAMYCIN 1
JAMP-VANCOMYCIN 4
JAMP-VITAMINES A-D-C 90
JAMP-ZOLMITRIPTAN 61
JAMP-ZOLMITRIPTAN ODT 61
JANUMET 83
JANUMET XR 83
JANUVIA 83
JARDIANCE 84
JAYDESS 82
JENTADUETO 82
KADIAN 40
KOMBOGLYZE 83
LACOSAMIDE 48
LANSOPRAZOLE 75
LANSOPRAZOLE 75
LANSOPRAZOLE ODT 77
LANTHANUM CARBONATE HYDRATE 66
LATUDA 52
LÉNALIDOMIDE 14
LENVATINIB 16
LENVIMA 16
LÉVOCARNITINE 67
LEVOFLOXACIN 2
LEVOFLOXACINE HÉMIHYDRATÉ 2
LÉVONORGESTREL DISPOSITIF INTRAUTÉRIN 82
LIBERTE UT380 COURT DIU 64
LIBERTE UT380 STANDARD DIU 64
LINAGLIPTIN 82
LINAGLIPTIN, METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) 82
LINCTUS CODEINE 36
LINEZOLID 4
LINÉZOLIDE 3
LISDEXAMFÉTAMINE (DIMÉSYLATE DE) 53
LORAZEPAM 56
LORAZÉPAM 56
LORAZEPAM SUBLINGUAL 56
LOSEC 77
LOWPRIN 34
LUCENTIS 73
LUCENTIS PFS 73
LURASIDONE (CHLORHYDRATE DE) 52
LYRICA 48
M-AAS 35
M-ACETAMINOPHEN 44
MAR-DONEPEZIL 21
MAR-GABAPENTIN 47
MAR-GALANTAMINE ER 22
MAR-MONTELUKAST 69
MAR-MOXIFLOXACIN 3
MAR-PANTOPRAZOLE 80
MAR-PREGABALIN 49
MAR-RIZATRIPTAN 59
MAR-RIZATRIPTAN ODT 59
MAR-ZOLMITRIPTAN 61
MAXALT 59
MAXALT RPD 59
M-DONEPEZIL 21
MED-DUTASTERIDE 91
MEDI-SURE BANDELETTE (ON) 65
MEDI-SURE BANDELETTE (ON) 65
MED-MOXIFLOXACIN 3
MED-RIVASTIGMINE 23
MEKINIST 20
MEPOLIZUMAB 112
MEROPENEM 1

MEROPENEM	1
MERREM	1
M-ESLON	41
METADOL	39
METFORMINE (CHLORHYDRATE DE), DAPAGLIFLOZINE	84
MÉTHADONE (CHLORHYDRATE DE) METADOL	39
METHYLPHENIDATE	54
MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE)	54
MINOCYCLINE	3
MINOCYCLINE (CHLORHYDRATE DE)	3
MINT-DUTASTERIDE	91
MINT-FINASTERIDE	92
MINT-MONTELUKAST	69
MINT-PANTOPRAZOLE	80
MINT-PIOGLITAZONE	85
MINT-PREGABALIN	49
MINT-TOLTERODINE	88
MINT-ZOLMITRIPTAN	61
MIO 6MMX32 ENSEMBLE DE PERFUSION TRANSPARENT	116
MIO 9MMX32 ENSEMBLE DE PERFUSION TRANSPARENT	116
MIO 6MMX18 ENSEMBLE DE PERFUSION BLEU	116
MIO 6MMX18 ENSEMBLE DE PERFUSION ROSE	116
MIO 6MMX23 ENSEMBLE DE PERFUSION ROSE	116
MIO 6MMX23 ENSEMBLE DE PERFUSION BLEU	116
MIRABEGRON	89
MIRENA	82
MODULON	25
MOFÉTIL MYCOPHÉNOLATE	112
MOGADON	57
MONA LISA 10 DIU	64
MONA LISA 5 DIU	64
MONA LISA N DIU	64
MONTELUKAST	69
MONTELUKAST SODIQUE	69
MONTELUKAST SODIUM	69
MONUROL	8
MORPHINE (CHLORHYDRATE DE)	40
MORPHINE (SULFATE DE) KADIAN	40
MORPHINE SR	41
MORPHINE SULFATE	40
MOTION SICKNESS	74
MOXIFLOXACIN	3
MOXIFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE)	3
MOZOBIL	32
M-PANTOPRAZOLE	80
M-PREGABALIN	49
MS CONTIN SR	41
MS IR	41
MULTIVITAMINES PÉDIATRIQUES	90
MULTIVITAMINES PRÉ & POST NATALES PLUS ACIDE FOLIQUE WAMPOLE	90
MULTIVITAMINES PRÉNATALES	90
MYCOPHENOLATE	112
MYCOPHENOLATE MOFETIL	112
MYCOPHÉNOLATE SODIQUE	113
MYFORTIC	113
MYLAN-ALMOTRIPTAN	58
MYLAN-ALPRAZOLAM	55
MYLAN-ATOMOXETINE	62
MYLAN-BOSENTAN	33
MYLAN-BUPRENORPHINE/NALOXONE	43
MYLAN-CYCLOBENZAPRINE	28
MYLAN-DONEPEZIL	21
MYLAN-FENTANYL MATRIX	37
MYLAN-GALANTAMINE ER	22
MYLAN-LANSOPRAZOLE	75
MYLAN-MINOCYCLINE	3
MYLAN-MYCOPHENOLATE	112
MYLAN-OMEPRAZOLE	77
MYLAN-PANTOPRAZOLE	80
MYLAN-PANTOPRAZOLE T	79
MYLAN-PIOGLITAZONE	85
MYLAN-PREGABALIN	49
MYLAN-RIZATRIPTAN ODT	59
MYLAN-SUMATRIPTAN	60
MYLAN-VANCOMYCIN	4
MYLAN-ZOLMITRIPTAN	61
MYLAN-ZOLMITRIPTAN ODT	61
MYRBETRIQ	89
NABILONE	74
NARATRIPTAN (CHLORHYDRATE DE)	59
NAT-ALPRAZOLAM	55
NAT-DONEPEZIL	21
NAT-IMATINIB	14
NAT-OMEPRAZOLE DR	78
NAT-RIZATRIPTAN ODT	59
NAT-ZOLMITRIPTAN	61
NEORAL	111
NESTLÉ MATERNA	90
NEULASTA	31
NEUPRO	61
NEURONTIN	47
NICODERM TIMBRE	29
NICORETTE GOMME	28
NICOTINE (GOMME À MÂCHER)	28
NICOTINE (INHALATEUR)	28
NICOTINE (PASTILLE)	29
NICOTINE (TIMBRE CUTANÉ)	29
NICOTROL TIMBRE	29
NILOTINIB	16
NINTEDANIB	68
NITRAZÉPAM	57
NOVA MAX BANDELETTE	66
NOVA-T COPP 3 CU 200 DIU	64
NOVO-GESIC	44
NOVO-GESIC FORT	44
NOVO-RIVASTIGMINE	23
NUCALA	112
OFEV	68
OLODATEROL (CHLORHYDRATE DE), TIOTROPIUM MONOHYDRATÉ (BROMURE DE)	27
OMALIZUMAB	71
OMBITASVIR, PARITAPREVIR, RITONAVIR, DASABUVIR	7
OMEPRAZOLE	77
OMEPRAZOLE MAGNESIUM	77
OMEPRAZOLE-20	77
ONABOTULINUMTOXIN A	114
ONBREZ BREEZHALER	27
ONE TOUCH BANDELETTE	66
ONE TOUCH VERIO BANDELETTE (ON)	66
ONE TOUCH VERIO BANDELETTE	66
ONGLYZA	83
OPIOIDE LIQUIDE ORALE	90
OPTICHAMBER DIAMOND (CHAMBRE)	115
OPTICHAMBER DIAMOND MASQUE GRAND	115
OPTICHAMBER DIAMOND MASQUE MOYEN	115
OPTICHAMBER DIAMOND MASQUE PETIT	115
OPTICHAMBRE	115
OPTICHAMBRE MASQUE GRAND	115
OPTICHAMBRE MASQUE MOYEN	115
OPTICHAMBRE MASQUE PETIT	115
OPTIHALER	115
ORENCIA	94
OXAZEPAM	57
OXAZÉPAM	57
OXEZE TURBUHALER	26
OXPAM	57
OXYCODONE	42
OXYCODONE (CHLORHYDRATE DE)	42
OXYCODONE/ACET	36
OXYCODONE-ACET	36
OXY-IR	42
PALBOCICLIB	16
PAL-TIZANIDINE	28
PANTOLOC	80
PANTOPRAZOLE	80
PANTOPRAZOLE MAGNESIUM	79
PANTOPRAZOLE MAGNESIUM	79
PANTOPRAZOLE SODIQUE	79
PANTOPRAZOLE T	79
PANTOPRAZOLE-40	80
PARADIGM SILHOUETTE 13MMX 43'	116
PARADIGM SILHOUETTE 13MMX18"	116
PARADIGM SILHOUETTE 13MMX23'	116
PARADIGM SILHOUETTE 13MMX32"	116
PARADIGM SILHOUETTE 17MMX23'	116
PARADIGM SILHOUETTE 17MMX32"	116
PARADIGM SILHOUETTE 17MMX43'	116
PARADIGM SILHOUETTE CANULE 13	116
PARADIGM SILHOUETTE CANULE 17	116
PARADIGM SURE-T 29G 6MMX18'	117
PARADIGM SURE-T 29G 6MMX23'	117
PARADIGM SURE-T 29G 8MMX23'	117
PARIET	81
PASTILLES NICORETTE	29
PASTILLES NICOTINE THRIVE	29
PAT-GALANTAMINE ER	22
PAZOPANIB	17
PDP-ACETAMINOPHÈNE	44
PEDIAPHEN	43
PEDIATRIX	44
PEDIAVIT	90
PEGASYS	5
PEGASYS RBV	5

PEGETRON TROUSSE	6
PEGFILGRASTIM	31
PEGINTERFÉRON ALFA-2A	5
PEGINTERFÉRON ALFA-2A, RIBAVIRINE	5
PEGINTERFÉRON ALFA-2B, RIBAVIRINE	6
PEPTO BISMOL	74
PHARIXIA	71
PILE-POMPE A INSULINE	115
PIMÉCROLIMUS	86
PINAVERIUM (BROMURE DE)	81
PIOGLITAZONE (CHLORHYDRATE DE)	84
PIPERACILLIN SODIUM/TAZOBACTAM SODIUM	2
PIPERACILLIN, TAZOBACTAM	2
PIRFENIDONE	68
PLERIXAFOR	32
PMS HYDROMORPHONE	39
PMS-ACETAMINOPHEN	36
PMS-ACETAMINOPHÈNE	44
PMS-AMPHETAMINES XR	52
PMS-ATOMOXETINE	62
PMS-BENZYDAMINE	71
PMS-BOSENTAN	33
PMS-BUPRENORPHINE-NALOXONE	43
PMS-CLONAZEPAM	45
PMS-CLONAZEPAM-R	45
PMS-CODEINE	36
PMS-CYCLOBENZAPRINE	28
PMS-DIAZEPAM	56
PMS-DICLOFENAC	35
PMS-DIMENHYDRINATE	74
PMS-DONEPEZIL	21
PMS-DUTASTERIDE	91
PMS-ENTECAVIR	6
PMS-ERLOTINIB	11
PMS-FENTANYL MTX	37
PMS-FINASTERIDE	92
PMS-GABAPENTIN	47
PMS-GALANTAMINE ER	22
PMS-HYDROMORPHONE	39
PMS-IMATINIB	14
PMS-LANSOPRAZOLE	75
PMS-LEVOFLOXACIN	2
PMS-LORAZEPAM	56
PMS-METHYLPHENIDATE	54
PMS-METHYLPHENIDATE ER	54
PMS-MINOCYCLINE	3
PMS-MONTELUKAST	69
PMS-NABILONE	75
PMS-OMEPRAZOLE	78
PMS-OXYCODONE	42
PMS-PANTOPRAZOLE	80
PMS-PIOGLITAZONE	85
PMS-PREGABALIN	49
PMS-RABEPRAZOLE	81
PMS-RALOXIFENE	82
PMS-RIVASTIGMINE	23
PMS-RIZATRIPTAN RDT	59
PMS-SILDENAFIL R	33
PMS-SUMATRIPTAN	60
PMS-VANCOMYCIN 1 G	4
PMS-ZOLMITRIPTAN	61
PMS-ZOLMITRIPTAN ODT	61
POCKET CHAMBER MASQUE MOYEN	115
POCKET CHAMBER-MASQUE ADULTE	115
POCKET CHAMBER-MASQUE BÉBÉ	115
POCKET CHAMBER-MASQUE PETIT	115
POCKET CHAMBRE	115
PODS	116
POLYSACCHARIDE COMPLEXE-FER	30
PONATINIB (HYDROCHLORURE DE)	17
PRADAXA	31
PRECISION XTRA BANDELETTE	66
PREGABALIN	49
PRÉGABALINE	48
PRENATAL AND POSTPARTUM VITAMINS AND MINERALS	90
PRÉPARATIONS MAGISTRALES (LU)	90
PREVACID	75
PREVACID FASTAB	77
PRIVA-PANTOPRAZOLE	80
PRO-AAS	35
PROCET-30	36
PRO-CLONAZEPAM	45
PRO-GABAPENTIN	47
PROGESTÉRONE	86
PROGRAF	113
PROLIA	92
PRO-LORAZEPAM	56
PROMETRIUM	86
PRO-PIOGLITAZONE	85
PRO-RABEPRAZOLE	81
PROSCAR	92
PROTOPIC	88
QUICK-SET 6MMX23' TUBES	116
QUICK-SET 6MMX43' TUBES	116
QUICK-SET 9MMX23' TUBES	116
QUICK-SET 9MMX43' TUBES	116
QUICK-SET ENSEMBLE DE PERFFUSION	116
QUICK-SET ENSEMBLE DE PERFUSION	116
RABEPRAZOLE	81
RABEPRAZOLE EC	81
RABÉPRAZOLE SODIQUE	81
RALOXIFENE	82
RALOXIFÈNE (CHLORHYDRATE DE)	82
RAN-DONEPEZIL	21
RAN-FENTANYL MATRIX	37
RAN-FINASTERIDE	92
RAN-GABAPENTIN	47
RANIBIZUMAB	73
RAN-LANSOPRAZOLE	75
RAN-MONTELUKAST	69
RAN-NABILONE	75
RAN-OMEPRAZOLE	78
RAN-PANTOPRAZOLE	80
RAN-PIOGLITAZONE	85
RAN-PREGABALIN	49
RAN-RABEPRAZOLE	81
RAPAMUNE	113
RAPID-D 10MM/110	116
RAPID-D 10MM/60CM	116
RAPID-D 10MM/80CM	116
RAPID-D 6MM/110CM	116
RAPID-D 6MM/60CM	116
RAPID-D 6MM/80CM	116
RAPID-D 8MM/110CM	116
RAPID-D 8MM/60CM	117
RAPID-D 8MM/80CM	117
RATIO-FINASTERIDE	92
RATIO-LENOLTEC NO 2	35
RATIO-LENOLTEC NO 3	35
RATIO-MORPHINE	40
RATIO-OMEPRAZOLE	78
RATIO-RIVASTIGMINE	23
REGORAFENIB	17
REMICADE	107
RENAGEL	67
REPATHA	32
RESERVOIR PARADIGM 5X1.8ML SERINGUE	117
RESERVOIR PARADIGM 7X3.0ML SERINGUE	117
RESPICHAMBER SILICONE MASQ MOYENNE	115
RESPICHAMBER SILICONE MASQ PETITE	115
RESPICHAMBER VHC EMBOUT BUCCAL	115
RESTORIL	58
REVATIO	33
REVLIMID	14
RIBAVIRINE	7
RIFAXIMINE	4
RIOCIGUAT	70
RITUXAN	18
RITUXIMAB	18
RIVA OXAZEPAM	57
RIVA-ALPRAZOLAM	55
RIVA-ATOMOXETINE	62
RIVA-CLONAZEPAM	45
RIVACOCET	36
RIVA-CYCLOBENZAPRINE	28
RIVA-DONEPEZIL	21
RIVA-DUTASTERIDE	91
RIVA-FINASTERIDE	92
RIVA-GABAPENTIN	47
RIVA-LANSOPRAZOLE	75
RIVA-MONTELUKAST	69
RIVA-MOXIFLOXACIN	3
RIVA-OMEPRAZOLE DR	78
RIVA-PANTOPRAZOLE	80
RIVA-PREGABALIN	49
RIVA-RABEPRAZOLE	81
RIVA-RABEPRAZOLE EC	81
RIVA-RIZATRIPTAN ODT	59
RIVAROXABAN	31
RIVASA	34
RIVASTIGMINE	23
RIVASTIGMINE (TARTRATE HYDRO DE)	23
RIVA-ZOLMITRIPTAN	61
RIVOTRIL	45
RIZATRIPTAN (BENZOATE DE)	59
RIZATRIPTAN ODT	59

RIZATRIPTAN RDT 59
ROSIGLITAZONE (MALÉATE DE) 85
ROTIGOTINE 61
RUFINAMIDE 50
RUXOLITINIB 18
SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE) 27
SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE), FLUTICASONE (PROPIONATE DE) 27
SANDOZ ALMOTRIPTAN 58
SANDOZ AMPHETAMINE XR 52
SANDOZ ATOMOXETINE 62
SANDOZ BOSENTAN 33
SANDOZ CLONAZEPAM 45
SANDOZ CYCLOSPORINE 111
SANDOZ DONEPEZIL 21
SANDOZ DUTASTERIDE 91
SANDOZ FENTANYL 37
SANDOZ FINASTERIDE 92
SANDOZ LANSOPRAZOLE 75
SANDOZ LEVOFLOXACIN 2
SANDOZ LINEZOLID 3
SANDOZ METHYLPHENIDATE SR 54
SANDOZ MINOCYCLINE 3
SANDOZ MONTELUKAST 69
SANDOZ MORPHINE SR 41
SANDOZ MOXIFLOXACIN 3
SANDOZ MYCOPHENOLATE 112
SANDOZ NARATRIPTAN 59
SANDOZ OMEPRAZOLE 78
SANDOZ OXYCODONE/ACETAMINOPHEN 36
SANDOZ PANTOPRAZOLE 80
SANDOZ PIOGLITAZONE 85
SANDOZ PREGABALIN 49
SANDOZ RABEPRAZOLE 81
SANDOZ RIVASTIGMINE 23
SANDOZ RIZATRIPTAN ODT 59
SANDOZ SUMATRIPTAN 60
SANDOZ TACROLIMUS 113
SANDOZ VORICONAZOLE 5
SANDOZ ZOLMITRIPTAN 61
SANDOZ ZOLMITRIPTAN ODT 61
SAPHRIS 51
SAXAGLIPTINE (CHLORHYDRATE DE) 83
SAXAGLIPTINE (CHLORHYDRATE DE), METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) 83
SECUKINUMAB 87
SEEBRI BREEZHALER 24
SELEXIPAG 70
SEPTA DONEPEZIL 21
SEPTA-ZOLMITRIPTAN-ODT 61
SEREVENT DISKHALER 27
SEREVENT DISKUS 27
SEVELAMER (CHLORHYDRATE DE) 67
SIDEKICK BANDELETTE 66
SILDÉNAFIL (CITRATE DE) 33
SIMPONI 104
SINGULAIR 69
SIROLIMUS 113
SITAGLIPTINE (PHOSPHATE DE) 83
SITAGLIPTINE (PHOSPHATE DE), METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) 83
SOFOSBUVIR 7
SOFOSBUVIR, LÉDIPASVIR 8
SOFOSBUVIR, VELPATASVIR 8
SOFOSBUVIR, VELPATASVIR, VOXILAPREVIR 8
SOVALDI 7
SPIRIT BANDELETTE(ON) 66
SPIRIVA 25
SPIRIVA RESPIMAT 25
STATEX 41
STELARA 91
STIVARGA 17
STRATTERA 62
SUBOXONE 43
SUMATRIPTAN 60
SUMATRIPTAN (SUCCINATE DE) 60
SUMATRIPTAN DF 60
SUNITINIB (MALATE DE) 19
SUPEUDOL 42
SURE STEP BANDELETTE 66
SURETEST (ON) BANDELETTE 66
SUTENT 19
SYMBICORT 100 TURBUHALER 26
SYMBICORT 200 TURBUHALER 26
TACROLIMUS (PROTOPIC) 88
TACROLIMUS MONOHYDRATE 113
TADALAFIL 33
TAFINLAR 11
TANTAPHEN 43
TARCEVA 11
TARO-DICLOFENAC 35
TARO-SUMATRIPTAN 61
TARO-TEMOZOLOMIDE 20
TARO-ZOLEDRONIC ACID 93
TASIGNA 16
TECTA 79
TEMAZEPAM 58
TÉMAZÉPAM 58
TEMODAL 20
TÉMOZOLOMIDE 20
TEMPRA ENFANT 44
TEMPRA POUR ENFANT 44
TEMPRA POUR ENFANT DOUBLE FORCE 45
TENDER-1 17MM/110 117
TENDER-1 17MM/60 117
TENDER-1 17MM/80 117
TENDER-1 MINI INF SET 13MM/110 117
TENDER-1 MINI INFSET 13MM/60 117
TENDER-1 MINI INFSET 13MM/80 117
TENDER-2 17MM/110 117
TENDER-2 17MM/60 117
TENDER-2 17MM/80 117
TENDER-2 MINI INF SET 13MM/110 117
TENDER-2 MINI INFSET 13MM/60 117
TENDER-2 MINI INFSET 13MM/80 117
TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) 5
TEVA-ALPRAZOLAM 55
TEVA-ATOMOXETINE 62
TEVA-BOSENTAN 33
TEVA-BROMAZEPAM 55
TEVA-CLONAZEPAM 45
TEVA-CODEINE 36
TEVA-CYCLOBENZAPRINE 28
TEVA-DIMENATE 74
TEVA-DONEPEZIL 21
TEVA-DUTASTERIDE 91
TEVA-EMTEC-30 36
TEVA-ERLOTINIB 11
TEVA-FENTANYL 37
TEVA-FINASTERIDE 92
TEVA-GABAPENTIN 47
TEVA-GALANTAMINE ER 22
TEVA-HYDROMORPHONE 39
TEVA-IMATINIB 14
TEVA-LANSOPRAZOLE 76
TEVA-LEVOFLOXACIN 2
TEVA-LORAZEPAM 57
TEVA-METHYLPHENIDATE 54
TEVA-MINOCYCLINE 3
TEVA-MONTELUKAST 69
TEVA-MORPHINE SR 41
TEVA-MOXIFLOXACIN 3
TEVA-MYCOPHENOLATE 112
TEVA-NABILONE 75
TEVA-NARATRIPTAN 59
TEVA-OMEPRAZOLE 78
TEVA-OXYCOCET 36
TEVA-OXYCODAN 36
TEVA-PANTOPRAZOLE 80
TEVA-PANTOPRAZOLE MAGNESIUM 79
TEVA-PIOGLITAZONE 85
TEVA-PREGABALIN 49
TEVA-PROGESTERONE 86
TEVA-RABEPRAZOLE 81
TEVA-RALOXIFENE 82
TEVA-RIZATRIPTAN ODT 59
TEVA-SILDENAFIL R 33
TEVA-SUMATRIPTAN 60
TEVA-SUMATRIPTAN DF 60
TEVA-TEMAZEPAM 58
TEVA-TOLTERODINE 89
TEVA-VORICONAZOLE 5
TEVA-ZOLMITRIPTAN 61
TEVA-ZOLMITRIPTAN OD 61
THERAPIE L'AFFIRMATION DU GENRE 90
THERAPIE L'AFFIRMATION DU GENRE TOPIQUE 90
TIMBRE NICOTINE 29
TIOTROPIUM MONOHYDRATÉ (BROMURE DE) 24
TIZANIDINE 28
TIZANIDINE (CHLORHYDRATE DE) 28
TOBRAMYCIN 1
TOBRAMYCINE 1
TOBRAMYCINE 1
TOCILIZUMAB (IV) 108
TOCILIZUMAB (SC) 111
TOFACITINIB (CITRATE DE) 111
TOLTERODINE TARTRATE 88
TOVIAZ 88
TRACLEER 33
TRAJENTA 82
TRAMETINIB 20
TRANSDERMAL NICOTINE PATCHDAY 29
TRAVEL 74

TRIATEC-30	36
TRIAZOLAM	58
TRIAZOLAM	**58**
TRIMEBUTINE	25
TRIMEBUTINE (MALEATE DE)	**25**
TROSEC	89
TROSPIUM CHLORIDE	**89**
TRUE TRACK BANDELETTE	66
TRUETEST BANDELETTE	66
TUDORZA GENUAIR	24
TYLENOL	44
TYLENOL CONCENTRAION JUNIOR	44
TYLENOL ENFANT VIT-FONDU	43
TYLENOL EXTRA FORT	44
TYLENOL VIT-FONDU	44
TYLENOL WITH CODEINE NO.2	35
TYLENOL WITH CODEINE NO.3	35
ULIPRISTAL (ACETATE D')	**82**
ULORIC	92
ULTIBRO BREEZHALER	24
ULTRAFLEX 1 10MM/110CM	117
ULTRAFLEX 1 10MM/60CM	117
ULTRAFLEX 1 10MM/80CM	117
ULTRAFLEX 1 8MM/110CM	117
ULTRAFLEX 1 8MM/60CM	117
ULTRAFLEX 1 8MM/80CM	117
UMECLIDINIUM (BROMURE D')	**25**
UMECLIDINIUM (BROMURE D'), VILANTEROL	**25**
UPTRAVI	70
USTEKINUMAB	**91**
VALIUM	56
VALSARTAN, SACUBITRIL	**34**
VANCOMYCIN	4
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE	4
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE (INJECTION)	**4**
VANCOMYCINE	117
VAN-FINASTERIDE	92
VAN-MYCOPHENOLATE	112
VAN-OMEPRAZOLE	78
VAN-PIOGLITAZONE	85
VAN-RIZATRIPTAN	59
VAN-RIZATRIPTAN ODT	60
VAN-ZOLMITRIPTAN ODT	61
VARENICLINE (TARTRATE DE)	**30**
VÉDOLIZUMAB	**114**
VÉMURAFÉNIB	**21**
VERTÉPORFINE	**73**
VFEND	5
VIMPAT	48
VIREAD	5
VISANNE	86
VISUDYNE	73
VITAMINE E	**89**
VITAMINE E	89
VITAMINE E NATURELLE	89
VITAMINES ET MINÉREAUX PRE & POST PARTUM	90
VITAMINES LES PIERRAFEU AVEC EXTRA C	90
VITAMINES LES PIERRAFEU PLUS FER	90
VOLIBRIS	33
VORICONAZOLE	**5**
VOSEVI	8
VOTRIENT	17
VYVANSE	53
XALKORI	10
XANAX	55
XANAX TS	55
XARELTO	31
XELJANZ	111
XEOMIN	114
XGEVA	92
XIGDUO	84
XOLAIR	71
XTANDI	11
ZAXINE	4
ZELBORAF	21
ZENHALE	26
ZEPATIER	7
ZOLEDRONIC ACID	93
ZOLÉDRONIQUE (ACIDE)	**93**
ZOLMITRIPTAN	**61**
ZOLMITRIPTAN	61
ZOLMITRIPTAN ODT	61
ZOMIG	61
ZOMIG RAPIMELT	61
ZYBAN	51
ZYDELIG	13
ZYTIGA	9
ZYVOXAM	4

ANNEXE B

LISTE SPÉCIALE DE MÉDICAMENTS POUR LES PATIENTS SOUFFRANT D'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

La liste spéciale de médicaments pour les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique est une liste des médicaments particuliers (par exemple: darbépoétine alfa, composés de calcium, multivitamines hydrosolubles et certains suppléments nutritifs spécialement formulés pour les patients qui ont des problèmes rénaux) qui font l'objet d'une prestation pour les patients des SSNA qui souffrent d'insuffisance rénale chronique.
Ces médicaments sont couverts en plus des autres médicaments de la liste générale de médicaments des SSNA.

08:00 ANTI-INFECTIEUX

08:12.02 AMINOGLYCOSIDES

GENTAMICINE (SULFATE DE)

10MG/ML INJECTION

02225123	CIDOMYCINE	UNK

10MG SOLUTION

02470462	GENTAMICIN	TEL

40MG SOLUTION

02457008	GENTAMICIN	TEL

08:12.06 CÉPHALOSPORINES

CÉFAZOLINE SODIQUE

500MG POUDRE POUR SOLUTION

02437104	CEFAZOLIN	RAX

1G POUDRE POUR SOLUTION

02465469	CEFAZOLIN	UNK

10G POUDRE POUR SOLUTION

02452162	CEFAZOLIN	FKD
02465477	CEFAZOLIN	UNK

20G POUDRE POUR SOLUTION

02237141	CEFAZOLIN	FKD

100G POUDRE POUR SOLUTION

02401029	CEFAZOLIN	FKD

20:00 FORMATION ET COAGULATION SANGUINE ET THROMBOSE

20:16.00 HÉMATOPOÏÉTIQUES

DARBÉPOÉTINE ALFA

25MCG/ML SOLUTION

02392313	ARANESP	AMG

40MCG/ML SOLUTION

02392321	ARANESP	AMG

60MCG/ML SOLUTION

02246348	ARANESP	AMG

100MCG/ML SOLUTION

02391740	ARANESP	AMG
02391759	ARANESP	AMG
02392348	ARANESP	AMG
99004917	ARANESP	AMG
99004925	ARANESP	AMG

200MCG/ML SOLUTION

02391767	ARANESP	AMG
02391775	ARANESP	AMG
02391783	ARANESP	AMG
02392356	ARANESP	AMG
99004909	ARANESP	AMG
99004933	ARANESP	AMG

20:16.00 HÉMATOPOÏÉTIQUES

DARBÉPOÉTINE ALFA

500MCG/ML SOLUTION

02391791	ARANESP	AMG
02391805	ARANESP	AMG
02391821	ARANESP	AMG
02392364	ARANESP	AMG
09857185	ARANESP	AMG

ÉPOÉTINE ALFA

1,000U/0.5ML SOLUTION

02231583	EPREX	JSO

2,000U/0.5ML SOLUTION

02231584	EPREX	JSO

3,000U/0.3ML SOLUTION

02231585	EPREX	JSO

4,000U/0.4ML SOLUTION

02231586	EPREX	JSO

5000U/0.5ML SOLUTION

02243400	EPREX	JSO

6000U/0.6ML SOLUTION

02243401	EPREX	JSO

8000U/0.8ML SOLUTION

02243403	EPREX	JSO

10,000/ML SOLUTION

02231587	EPREX	JSO

20,000U/0.5ML SOLUTION

02243239	EPREX	JSO

30,000U/0.75ML SOLUTION

02288680	EPREX	JSO

40,000U/ML SOLUTION

02240722	EPREX	JSO

40:00 ÉLECTROLYTES-DIURÉTIQUES

40:12.00 AGENTS DE SUPPLÉANCE

CALCIUM

250MG COMPRIMÉ

00645958	CALCIUM	NOP

625MG COMPRIMÉ (ENROBÉ)

00682047	APOCAL	APX

CALCIUM CARB-GLUCONOLACTATE

500MG COMPRIMÉ

02232482	CALCIUMSANDOZ FORTE	GSK

1,000MG COMPRIMÉ

02232483	GRAMCAL	GSK

SODIQUE PHOSPHATE

500MG COMPRIMÉ

00225819	PHOSPHATE-NOVARTIS	NVC

La liste spéciale de médicaments pour les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique est une liste des médicaments particuliers (par exemple: darbépoétine alfa, composés de calcium, multivitamines hydrosolubles et certains suppléments nutritifs spécialement formulés pour les patients qui ont des problèmes rénaux) qui font l'objet d'une prestation pour les patients des SSNA qui souffrent d'insuffisance rénale chronique.
Ces médicaments sont couverts en plus des autres médicaments de la liste générale de médicaments des SSNA.

40:12.00 AGENTS DE SUPPLÉANCE

SODIQUE PHOSPHATE

123MG POUDRE POUR SOLUTION

80027202	PHOSPHATE NOVARTIS	NVR

ZINC GLUCONATE

50MG COMPRIMÉ

00503169	ZINC	VTH
00505463	ZINC	JAM

56:00 GASTRO-INTESTINAUX

56:04.00 ANTIACIDES ET ADSORBANTS

ALUMNIUM (HYDROXYDE D')

500MG CAPSULE

02135620	BASALJEL	AUP

600MG COMPRIMÉ

02124971	AMPHOJEL	AUP

320MG/ML SUSPENSION

00572527	ALUGEL	ATL

325MG/5ML SUSPENSION

02125862	AMPHOJEL	AUP

CALCIUM

500MG COMPRIMÉ

01970240	TUMS	GSK

750MG COMPRIMÉ

01967932	TUMS EXTRA STRENGTH	GSK

1,000MG COMPRIMÉ

02151138	TUMS ULTRA STRENGTH	GSK

SODIUM (BICARBONATE DE)

500MG COMPRIMÉ

80030520	JAMP-SODIUM BICARBONATE	JMP
80022194	SANDOZ SODIUM BICARBONATE	SDZ

56:12.00 CATHARTIQUES ET LAXATIFS

SODIQUE PHOSPHATE

123MG COMPRIMÉ (EFFERVESCENT)

80047562	JAMP-SODIUM PHOSPHATE	JMP

84:00 PEAU & MUQUEUSES

84:04.04 PEAU & MUQUEUSES - ANTIBIOTIQUES

GENTAMICINE (SULFATE DE)

1MG ONGUENT

00872881	PMS-GENTAMICIN	PMS

88:00 VITAMINES

88:28.00 MULTIVITAMINES

MULTIVITAMINS

CAPLET

00123803	B COMPLEX PLUS C	JAM

88:28.00 MULTIVITAMINES

MULTIVITAMINS

COMPRIMÉ

80007498	BC VITAMINS	WNP
02245391	DIAMINE	EUR
80001432	RENAVITE	MAC
00558796	STRESS PLEX	JAM

1MG COMPRIMÉ

80020788	JAMP-VITAMINS B C	JMP

2MG COMPRIMÉ

80063438	M-PLAVITE	MAN

96:00 SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

96:00.00 SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

SUPPLEMENT NUTRITIONNEL

LIQUIDE ORALE

09853154	BOOST BOISSON AUX FRUITS	NES
95999963	BOOST ORIGINAL	NES
95999975	BOOST PLUS	NES
97904341	ENSURE	ABB
97904317	ENSURE AVEC FIBRE	ABB
97904333	ENSURE PLUS	ABB
00801054	ENSURE SOURCE ELEVÉE DE PROTÈINE	ABB
00920347	GLUCERNA	ABB
99004267	GLUCERNA	ABB
09854392	GLUCERNA TUBE FEEDING	ABB
09854393	GLUCERNA TUBE FEEDING	ABB
09853723	NEPRO	ABB
99002639	NEPRO	ABB
99100702	NEPRO GUCOSTABLE	ABB
00907995	NOVASOURCE	NVC
09854258	NOVASOURCE	NES
09853731	SUPLENA	ABB
99002647	SUPLENA	ABB
95999970	SUPPLEMENT NUTRITIONNEL	NES

POUDRE

09991056	RESOURCE BENEPROTEINE	NVC

ALUGEL	2
ALUMNIUM (HYDROXYDE D')	**2**
AMPHOJEL	2
APOCAL	1
ARANESP	1
B COMPLEX PLUS C	2
BASALJEL	2
BC VITAMINS	2
BOOST BOISSON AUX FRUITS	2
BOOST ORIGINAL	2
BOOST PLUS	2
CALCIUM	1
CALCIUM	**1**
CALCIUM CARB-GLUCONOLACTATE	**1**
CALCIUMSANDOZ FORTE	1
CEFAZOLIN	1
CÉFAZOLINE SODIQUE	**1**
CIDOMYCINE	1
DARBÉPOÉTINE ALFA	**1**
DIAMINE	2
ENSURE	2
ENSURE AVEC FIBRE	2
ENSURE PLUS	2
ENSURE SOURCE ELEVÉE DE PROTÉINE	2
ÉPOÉTINE ALFA	**1**
EPREX	1
GENTAMICIN	1
GENTAMICINE (SULFATE DE)	**1**
GLUCERNA	2
GLUCERNA TUBE FEEDING	2
GRAMCAL	1
JAMP-SODIUM BICARBONATE	2
JAMP-SODIUM PHOSPHATE	2
JAMP-VITAMINS B C	2
M-PLAVITE	2
MULTIVITAMINS	**2**
NEPRO	2
NEPRO GUCOSTABLE	2
NOVASOURCE	2
PHOSPHATE NOVARTIS	2
PHOSPHATE-NOVARTIS	1
PMS-GENTAMICIN	2
RENAVITE	2
RESOURCE BENEPROTEINE	2
SANDOZ SODIUM BICARBONATE	2
SODIQUE PHOSPHATE	**1**
SODIUM (BICARBONATE DE)	**2**
STRESS PLEX	2
SUPLENA	2
SUPPLEMENT NUTRITIONNEL	**2**
SUPPLEMENT NUTRITIONNEL	2
TUMS	2
TUMS EXTRA STRENGTH	2
TUMS ULTRA STRENGTH	2
ZINC	2
ZINC GLUCONATE	**2**

ANNEXE C

LISTE DE MÉDICAMENTS POUR SOINS PALLIATIFS

Dès le 1er avril 2009, les bénéficiaires qui ont reçu un diagnostic de maladie en phase terminale et en fin de vie seront admissibles à une nouvelle liste de médicaments qui jusqu'à présent n'étaient pas remboursés par le Programme des SSNA. Cette liste de médicaments pour soins palliatifs comprend des médicaments qui apportent du soulagement aux personnes en fin de vie.

Les demandes pour les DINs ci-dessous génèreront un questionnaire pour demande de soins palliatifs qui sera télécopié au médecin. Une fois le questionnaire complété et retourné, le bénéficiaire sera admissible à la Liste de médicaments pour soins palliatifs selon les critères suivants:
Le bénéficiaire:
1. ne reçoit pas de soins dans un hôpital ou dans un centre de soins prolongés financé par un gouvernement provincial et
2. a reçu un diagnostic avec une maladie en phase terminale ou maladie qui pourrait être la principale cause de décès dans six mois ou moins

Après avoir été approuvé, le bénéficiaire sera admissible à la liste de médicaments pour soins palliatifs pour une période de six mois sans besoin d'autre autorisation préalable. Si la couverture doit se prolonger au-delà de six mois, une période de six mois supplémentaire pourra être autorisée suivant la réception d'un autre questionnaire complété pour demande de soins palliatifs.
Veuillez prendre note que pendant les six mois de la couverture, un maximum d'approvisionnement de 30 jours sera remboursé à la fois.

12:00 MÉDICAMENTS DU SYSTÈME NERVEUX AUTONOME

12:08.08 ANTISPASMODIQUES / ANTIMUSCARINIQUES

ATROPINE (SULFATE D')

0.4MG/ML SOLUTION

02094681	ATROPINE	ALV
00960624	SULFATE D'ATROPINE	UNK

0.6MG/ML SOLUTION

00392693	ATROPINE SULFATE	SDZ
00392782	ATROPINE SULFATE	SDZ
00012076	SULFATE D'ATROPINE	GSK

GLYCOPYRROLATE

0.2MG/ML LIQUIDE

02382857	GLYCOPYRROLATE	OMG

0.2MG SOLUTION

02382849	GLYCOPYRROLATE MULTIDOSE	OMG

0.2MG/ML SOLUTION

02039508	GLYCOPYRROLATE	SDZ

HYOSCINE BUTYLBROMIDE

20MG/ML SOLUTION

00363839	BUSCOPAN	SAC
02229868	HYOSCINE BUTYLBROMIDE	SDZ

SCOPOLAMINE (HYDROBROMIDE DE)

0.4MG/ML SOLUTION

00541869	SCOPOLAMINE	PFI
02242810	SCOPOLAMINE	OMG

0.6MG/ML SOLUTION

00541877	SCOPOLAMINE	PFI
02242811	SCOPOLAMINE	OMG

28:00 MÉDICAMENTS DE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

28:04.92 ANESTHÉSIQUES GÉNÉRAUX, DIVERS

KÉTAMINE (CHLORHYDRATE DE)

10MG/ML SOLUTION

00224391	KETALAR	ERF
02246795	KETAMINE	SDZ
02387301	KETAMINE	SDZ

50MG/ML SOLUTION

00224405	KETALAR	ERF
02246796	KETAMINE	SDZ
02387328	KETAMINE	SDZ
02387336	KETAMINE	SDZ

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS

FENTANYL

12MCG/HR TIMBRE CUTANÉ

02454440	APO-FENTANYL MATRIX	APX
02334186	DURAGESIC	JSO
99100480	FENTANYL	JNO
02376768	PAT-FENTANYL MATRIX	KLA

25MCG/HR TIMBRE CUTANÉ

02304120	FENTANYL TRANSDERMAL SYSTEM	ACG
02376776	PAT-FENTANYL MATRIX	KLA
02325403	RAN-FENTANYL MAT TIMBRE	RBY

37MCG/HR TIMBRE CUTANÉ

02386860	CO FENTANYL	OBT
02327139	SANDOZ FENTANYL	SDZ

50MCG/HR TIMBRE CUTANÉ

02304139	FENTANYL TRANSDERMAL SYSTEM	ACG
02376784	PAT-FENTANYL MATRIX	KLA
02325411	RAN-FENTANYL MAT TIMBRE	RBY

Dès le 1er avril 2009, les bénéficiaires qui ont reçu un diagnostic de maladie en phase terminale et en fin de vie seront admissibles à une nouvelle liste de médicaments qui jusqu'à présent n'étaient pas remboursés par le Programme des SSNA. Cette liste de médicaments pour soins palliatifs comprend des médicaments qui apportent du soulagement aux personnes en fin de vie.

Les demandes pour les DINs ci-dessous génèreront un questionnaire pour demande de soins palliatifs qui sera télécopié au médecin. Une fois le questionnaire complété et retourné, le bénéficiaire sera admissible à la Liste de médicaments pour soins palliatifs selon les critères suivants:
Le bénéficiaire:
1. ne reçoit pas de soins dans un hôpital ou dans un centre de soins prolongés financé par un gouvernement provincial et
2. a reçu un diagnostic avec une maladie en phase terminale ou maladie qui pourrait être la principale cause de décès dans six mois ou moins

Après avoir été approuvé, le bénéficiaire sera admissible à la liste de médicaments pour soins palliatifs pour une période de six mois sans besoin d'autre autorisation préalable. Si la couverture doit se prolonger au-delà de six mois, une période de six mois supplémentaire pourra être autorisée suivant la réception d'un autre questionnaire complété pour demande de soins palliatifs.
Veuillez prendre note que pendant les six mois de la couverture, un maximum d'approvisionnement de 30 jours sera remboursé à la fois.

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS

FENTANYL

75MCG/HR TIMBRE CUTANÉ

02304147	FENTANYL TRANSDERMAL SYSTEM	ACG
02376792	PAT-FENTANYL MATRIX	KLA
02325438	RAN-FENTANYL MAT TIMBRE	RBY

100MCG/HR TIMBRE CUTANÉ

02304155	FENTANYL TRANSDERMAL SYSTEM	ACG
02376806	PAT-FENTANYL MATRIX	KLA
02325446	RAN-FENTANYL MAT TIMBRE	RBY

FENTANYL (CITRATE DE)

50MCG LIQUIDE

02384124	FENTANYL CITRATE SDZ	SDZ

50MCG/ML SOLUTION

00888346	FENTANYL CITRATE	HOS
02240434	FENTANYL CITRATE	SDZ

HYDROMORPHONE (CHLORHYDRATE DE)

2MG/ML SOLUTION

02145901	HYDROMORPHONE	SDZ

10MG SOLUTION

02460610	HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE HP 10	RAX

10MG/ML SOLUTION

02145928	HYDROMORPHONE HP	SDZ

20MG/ML SOLUTION

02145936	HYDROMORPHONE HP	SDZ

50MG/ML SOLUTION

02146126	HYDROMORPHONE HP	SDZ
99003163	HYDROMORPHONE HP	UNK

100MG/ML SOLUTION

02244797	HYDROMORPHONE HP FORTE	SDZ

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS

MÉTHADONE (CHLORHYDRATE DE) BC

POUDRE

09991180	MÉTHADONE (DOULEUR) POUDRE	UNK
09991552	METHADONE PD (PALLIATIF)	UNK

MÉTHADONE (CHLORHYDRATE DE) METADOL

1MG COMPRIMÉ

02247698	METADOL	PAL

5MG COMPRIMÉ

02247699	METADOL	PAL

10MG COMPRIMÉ

02247700	METADOL	PAL

25MG COMPRIMÉ

02247701	METADOL	PAL

1MG/ML SOLUTION

02247694	METADOL	PAL

MORPHINE SULFATE

2MG/ML LIQUIDE

02242484	MORPHINE SULFATE	SDZ

10MG LIQUIDE

00392588	MORPHINE SULFATE	SDZ

15MG LIQUIDE

00392561	MORPHINE SULFATE	SDZ

50MG/ML LIQUIDE

02137267	MORPHINE SULPHATE	HOS

0.5MG/ML SOLUTION

02021056	MORPHINE LP EPIDURAL	SDZ
01949047	MORPHINE-EPD	HOS

1MG/ML SOLUTION

02021048	MORPHINE LP	SDZ
01980696	MORPHINE SULFATE	SDZ
01949055	MORPHINE-EPD	HOS

2MG/ML SOLUTION

00850314	MORPHINE SULFATE	HOS
01964437	MORPHINE SULFATE	SDZ

Dès le 1er avril 2009, les bénéficiaires qui ont reçu un diagnostic de maladie en phase terminale et en fin de vie seront admissibles à une nouvelle liste de médicaments qui jusqu'à présent n'étaient pas remboursés par le Programme des SSNA. Cette liste de médicaments pour soins palliatifs comprend des médicaments qui apportent du soulagement aux personnes en fin de vie.

Les demandes pour les DINs ci-dessous génèreront un questionnaire pour demande de soins palliatifs qui sera télécopié au médecin. Une fois le questionnaire complété et retourné, le bénéficiaire sera admissible à la Liste de médicaments pour soins palliatifs selon les critères suivants:
Le bénéficiaire:
1. ne reçoit pas de soins dans un hôpital ou dans un centre de soins prolongés financé par un gouvernement provincial et
2. a reçu un diagnostic avec une maladie en phase terminale ou maladie qui pourrait être la principale cause de décès dans six mois ou moins

Après avoir été approuvé, le bénéficiaire sera admissible à la liste de médicaments pour soins palliatifs pour une période de six mois sans besoin d'autre autorisation préalable. Si la couverture doit se prolonger au-delà de six mois, une période de six mois supplémentaire pourra être autorisée suivant la réception d'un autre questionnaire complété pour demande de soins palliatifs.
Veuillez prendre note que pendant les six mois de la couverture, un maximum d'approvisionnement de 30 jours sera remboursé à la fois.

28:08.08 AGONISTES DES OPIACÉS

MORPHINE SULFATE

5MG/ML SOLUTION

01964429	MORPHINE SULFATE	SDZ

10MG/ML SOLUTION

00850322	MORPHINE SULFATE	HOS

25MG/ML SOLUTION

00676411	MORPHINE HP	SDZ

50MG/ML SOLUTION

00617288	MORPHINE HP	SDZ

PRÉPARATIONS MAGISTRALES

INJECTION

99506019	FENTANYL INFUSION STERILE	UNK
99506017	HYDROMORPHONE HP INFUSION STERILE	UNK
99506018	MORPHINE HP INFUSION STERILE	UNK

28:12.04 ANTICONVULSIVANTS - BARBITURIQUES

PHÉNOBARBITAL

30MG SOLUTION

02304082	PHENOBARBITAL SODIUM	SDZ

120MG SOLUTION

02304090	PHENOBARBITAL SODIUM	SDZ

28:12.12 ANTICONVULSIVANTS - HYDANTOÏNES

PHÉNYTOÏNE

50MG LIQUIDE

00780626	PHENYTOIN SODIUM	SDZ

28:16.08 TRANQUILLISANTS

MÉTHOTRIMÉPRAZINE (CHLORHYDRATE DE)

25MG/ML SOLUTION

01927698	NOZINAN	SAC

28:24.08 ANXIOLYTIQUES, SÉDATIFS ET HYPNOTIQUES - BENZODIAZÉPINES

DIAZEPAM

5MG/ML SOLUTION

00399728	DIAZEPAM	SDZ
02386143	DIAZEPAM	SDZ

DIAZÉPAM (DIASTAT)

5MG/ML GEL

02238162	DIASTAT	VAE
09853340	DIASTAT 2X 10MG PAQUET RECTAL	ELN
09853430	DIASTAT 2X 15MG PAQUET RECTAL	ELN

LORAZÉPAM

4MG/ML LIQUIDE

02243278	LORAZEPAM	SDZ

2MG/ML SOLUTION

02438704	LORAZEPAM	SDZ

MIDAZOLAM

1MG/ML SOLUTION

02240285	MIDAZOLAM	SDZ
02242904	MIDAZOLAM	FKD
02243934	MIDAZOLAM	NOP

5MG/ML SOLUTION

02240286	MIDAZOLAM	SDZ
02242905	MIDAZOLAM	FKD
02243935	MIDAZOLAM	NOP
02382903	MIDAZOLAM	SDZ

Dès le 1er avril 2009, les bénéficiaires qui ont reçu un diagnostic de maladie en phase terminale et en fin de vie seront admissibles à une nouvelle liste de médicaments qui jusqu'à présent n'étaient pas remboursés par le Programme des SSNA. Cette liste de médicaments pour soins palliatifs comprend des médicaments qui apportent du soulagement aux personnes en fin de vie.

Les demandes pour les DINs ci-dessous génèreront un questionnaire pour demande de soins palliatifs qui sera télécopié au médecin. Une fois le questionnaire complété et retourné, le bénéficiaire sera admissible à la Liste de médicaments pour soins palliatifs selon les critères suivants:
Le bénéficiaire:
1. ne reçoit pas de soins dans un hôpital ou dans un centre de soins prolongés financé par un gouvernement provincial et
2. a reçu un diagnostic avec une maladie en phase terminale ou maladie qui pourrait être la principale cause de décès dans six mois ou moins

Après avoir été approuvé, le bénéficiaire sera admissible à la liste de médicaments pour soins palliatifs pour une période de six mois sans besoin d'autre autorisation préalable. Si la couverture doit se prolonger au-delà de six mois, une période de six mois supplémentaire pourra être autorisée suivant la réception d'un autre questionnaire complété pour demande de soins palliatifs.
Veuillez prendre note que pendant les six mois de la couverture, un maximum d'approvisionnement de 30 jours sera remboursé à la fois.

40:00 ÉLECTROLYTES-DIURÉTIQUES

40:28.08 DIURÉTIQUES DE L'ANSE

FUROSÉMIDE

10MG LIQUIDE

00527033	FUROSEMIDE	SDZ

10MG/ML SOLUTION

02382539	FUROSEMIDE	SDZ
02384094	FUROSEMIDE	ALV

52:00 MÉDICAMENTS POUR YEUX, OREILLES, NEZ, GORGE (O.R.L.O.)

52:92.00 AUTRES O.R.L.O.

SALIVE ARTIFICIELLE

0.05MG VAPORISATEUR

02238696	MOISTIR	PMS

56:00 GASTRO-INTESTINAUX

56:08.00 ANTIDIARRHÉIQUES

DIPHENOXYLATE HYDROCHLORIDE, ATROPINE (SULFATE D')

2.5MG & 0.025MG COMPRIMÉ

00036323	LOMOTIL	PFI

56:22.20 ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS 5-HT3

GRANISETRON (CHLORHYDRATE DE)

1MG LIQUIDE

02322765	GRANISETRON HYDROCHLORIDE	OMG

1MG/ML SOLUTION

02385414	GRANISETRON	SDZ

56:22.20 ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS 5-HT3

ONDANSETRON (CHLORHYDRATE DE)

2MG/ML SOLUTION

02265524	ONDANSETRON	TEV
02274418	ONDANSETRON	SDZ
02279428	ONDANSETRON	SDZ
02390019	ONDANSETRON	MYL
02390051	ONDANSETRON	MYL

56:22.92 DIVERS ANTIÉMÉTIQUES

NABILONE

0.25MG CAPSULE

02441497	APO-NABILONE	APX
02345897	APP-NABILONE	UNK
02380897	PMS-NABILONE	PMS

0.5MG CAPSULE

02441500	APO-NABILONE	APX
02345927	APP-NABILONE	UNK

1MG CAPSULE

02441519	APO-NABILONE	APX
02345935	APP-NABILONE	UNK

SCOPOLAMINE

1.5MG TIMBRE CUTANÉ

80024336	TRANSDERM-V	NVR
00550094	TRANSDERM-V TIMBRE	NVC

56:28.12 ANTAGONISTES DY RÉCEPTEUR H2 DE L'HISTAMINE

RANITIDINE (CHLORHYDRATE DE)

25MG/ML SOLUTION

02256711	RANITIDINE	SDZ

Dès le 1er avril 2009, les bénéficiaires qui ont reçu un diagnostic de maladie en phase terminale et en fin de vie seront admissibles à une nouvelle liste de médicaments qui jusqu'à présent n'étaient pas remboursés par le Programme des SSNA. Cette liste de médicaments pour soins palliatifs comprend des médicaments qui apportent du soulagement aux personnes en fin de vie.

Les demandes pour les DINs ci-dessous génèreront un questionnaire pour demande de soins palliatifs qui sera télécopié au médecin. Une fois le questionnaire complété et retourné, le bénéficiaire sera admissible à la Liste de médicaments pour soins palliatifs selon les critères suivants:
Le bénéficiaire:
1. ne reçoit pas de soins dans un hôpital ou dans un centre de soins prolongés financé par un gouvernement provincial et
2. a reçu un diagnostic avec une maladie en phase terminale ou maladie qui pourrait être la principale cause de décès dans six mois ou moins

Après avoir été approuvé, le bénéficiaire sera admissible à la liste de médicaments pour soins palliatifs pour une période de six mois sans besoin d'autre autorisation préalable. Si la couverture doit se prolonger au-delà de six mois, une période de six mois supplémentaire pourra être autorisée suivant la réception d'un autre questionnaire complété pour demande de soins palliatifs.
Veuillez prendre note que pendant les six mois de la couverture, un maximum d'approvisionnement de 30 jours sera remboursé à la fois.

56:32.00 AGENTS PROKINÉTIQUES

MÉTOCLOPRAMIDE (CHLORHYDRATE DE)

5MG/ML LIQUIDE

02185431	METOCLOPRAMIDE	SDZ
02243563	METOCLOPRAMIDE OMEGA	OMG

56:92.00 DIVERS GASTRO-INTESTINAUX

MÉTHYLNALTREXONE (ALOMIDE DE)

20MG SOLUTION

02308215	RELISTOR	SLX
02356481	RELISTOR	SLX
02356503	RELISTOR	SLX

96:00 SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

96:00.00 SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

DIN ADMINISTRATIF

DIVERS

91500004	HONORAIRE POUR LA PRÉPARAION DE SERINGUE	UNK

SUPPLEMENT NUTRITIONNEL

LIQUIDE ORALE

09853154	BOOST BOISSON AUX FRUITS	NES
95999963	BOOST ORIGINAL	NES
95999975	BOOST PLUS	NES
97904341	ENSURE	ABB
97904317	ENSURE AVEC FIBRE	ABB
97904333	ENSURE PLUS	ABB
00801054	ENSURE SOURCE ELEVÉE DE PROTÉINE	ABB
95999970	SUPPLEMENT NUTRITIONNEL	NES

APO-FENTANYL MATRIX	1
APO-NABILONE	4
APP-NABILONE	4
ATROPINE	1
ATROPINE (SULFATE D')	**1**
ATROPINE SULFATE	1
BOOST BOISSON AUX FRUITS	5
BOOST ORIGINAL	5
BOOST PLUS	5
BUSCOPAN	1
CO FENTANYL	1
DIASTAT	3
DIASTAT 2X 10MG PAQUET RECTAL	3
DIASTAT 2X 15MG PAQUET RECTAL	3
DIAZEPAM	3
DIAZEPAM	**3**
DIAZÉPAM (DIASTAT)	**3**
DIN ADMINISTRATIF	**5**
DIPHENOXYLATE HYDROCHLORIDE, ATROPINE (SULFATE D')	**4**
DURAGESIC	1
ENSURE	5
ENSURE AVEC FIBRE	5
ENSURE PLUS	5
ENSURE SOURCE ELEVÉE DE PROTÉINE	5
FENTANYL	1
FENTANYL	**1**
FENTANYL (CITRATE DE)	**2**
FENTANYL CITRATE	2
FENTANYL CITRATE SDZ	2
FENTANYL INFUSION STERILE	3
FENTANYL TRANSDERMAL SYSTEM	1
FUROSEMIDE	4
FUROSÉMIDE	**4**
GLYCOPYRROLATE	1
GLYCOPYRROLATE	**1**
GLYCOPYRROLATE MULTIDOSE	1
GRANISETRON	4
GRANISETRON (CHLORHYDRATE DE)	**4**
GRANISETRON HYDROCHLORIDE	4
HONORAIRE POUR LA PRÉPARAION DE SERINGUE	5
HYDROMORPHONE	2
HYDROMORPHONE (CHLORHYDRATE DE)	**2**
HYDROMORPHONE HP	2
HYDROMORPHONE HP FORTE	2
HYDROMORPHONE HP INFUSION STERILE	3
HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE HP 10	2
HYOSCINE BUTYLBROMIDE	**1**
HYOSCINE BUTYLBROMIDE	1
KETALAR	1
KETAMINE	1
KÉTAMINE (CHLORHYDRATE DE)	**1**
LOMOTIL	4
LORAZEPAM	3
LORAZÉPAM	**3**
METADOL	2
MÉTHADONE (CHLORHYDRATE DE) BC	**2**
MÉTHADONE (CHLORHYDRATE DE) METADOL	**2**
MÉTHADONE (DOULEUR) POUDRE	2
METHADONE PD (PALLIATIF)	2
MÉTHOTRIMÉPRAZINE (CHLORHYDRATE DE)	**3**
MÉTHYLNALTREXONE (ALOMIDE DE)	**5**
METOCLOPRAMIDE	5
MÉTOCLOPRAMIDE (CHLORHYDRATE DE)	**5**
METOCLOPRAMIDE OMEGA	5
MIDAZOLAM	**3**
MIDAZOLAM	3
MOISTIR	4
MORPHINE HP	3
MORPHINE HP INFUSION STERILE	3
MORPHINE LP	2
MORPHINE LP EPIDURAL	2
MORPHINE SULFATE	2
MORPHINE SULFATE	**2**
MORPHINE SULPHATE	2
MORPHINE-EPD	2
NABILONE	**4**
NOZINAN	3
ONDANSETRON	4
ONDANSETRON (CHLORHYDRATE DE)	**4**
PAT-FENTANYL MATRIX	1
PHÉNOBARBITAL	**3**
PHENOBARBITAL SODIUM	3
PHENYTOIN SODIUM	3
PHÉNYTOÏNE	**3**
PMS-NABILONE	4
PRÉPARATIONS MAGISTRALES	**3**
RAN-FENTANYL MAT TIMBRE	1
RANITIDINE	4
RANITIDINE (CHLORHYDRATE DE)	**4**
RELISTOR	5
SALIVE ARTIFICIELLE	**4**
SANDOZ FENTANYL	1
SCOPOLAMINE	1
SCOPOLAMINE	**4**
SCOPOLAMINE (HYDROBROMIDE DE)	**1**
SULFATE D'ATROPINE	1
SUPPLEMENT NUTRITIONNEL	**5**
SUPPLEMENT NUTRITIONNEL	5
TRANSDERM-V	4
TRANSDERM-V TIMBRE	4

ANNEXE D

LISTE SPÉCIALE DE MÉDICAMENTS UTILISÉS EN COURS DE TRAITEMENT DU CANCER

Le Programme des SSNA a mis sur pied une liste spéciale de médicaments qui sont fréquemment utilisés par les clients en cours de traitement du cancer. Cette liste permet de simplifier l'accès aux médicaments complémentaires qui sont différents de la chimiothérapie.
Les clients qui sont approuvés pour la chimiothérapie orale ont accès à tous les médicaments de cette liste spéciale de médicaments. De plus, les clients qui font une demande pour l'un des médicaments à cette liste spéciale ont également accès aux médicaments de cette liste durant le cours de traitement du cancer.
Les clients sont automatiquement inscrits à cette liste spéciale pour une période de six mois. Si le traitement du cancer est d'une durée plus longue, l'accès à cette liste spéciale de médicaments sera accordé pour s'harmoniser avec la durée du traitement. Dans le cas où la durée du traitement n'est pas connue et le plan de traitement s'étend au-delà de six mois, l'accès à cette liste spéciale de médicaments peut être prolongé sur demande.

08:00 ANTI-INFECTIEUX

08:12.24 TÉTRACYCLINES

MINOCYCLINE (CHLORHYDRATE DE)

50MG CAPSULE

02084090	APO-MINOCYCLINE	APX
02239667	DOM-MINOCYCLINE	DPC
02153394	MINOCYCLINE	PDL
02287226	MINOCYCLINE	SAN
02230735	MYLAN-MINOCYCLINE	MYL
02294419	PMS-MINOCYCLINE	PMS
02237313	SANDOZ MINOCYCLINE	SDZ
02108143	TEVA-MINOCYCLINE	TEV

100MG CAPSULE

02084104	APO-MINOCYCLINE	APX
02239668	DOM-MINOCYCLINE	DPC
02154366	MINOCYCLINE	PDL
02239982	MINOCYCLINE	IVX
02287234	MINOCYCLINE	SAN
02230736	MYLAN-MINOCYCLINE	MYL
02294427	PMS-MINOCYCLINE	PMS
02237314	SANDOZ MINOCYCLINE	SDZ
02108151	TEVA-MINOCYCLINE	TEV

20:00 FORMATION ET COAGULATION SANGUINE ET THROMBOSE

20:16.00 HÉMATOPOÏÉTIQUES

DARBÉPOÉTINE ALFA

25MCG/ML SOLUTION

02392313	ARANESP	AMG

40MCG/ML SOLUTION

02392321	ARANESP	AMG

60MCG/ML SOLUTION

02246348	ARANESP	AMG

100MCG/ML SOLUTION

02391740	ARANESP	AMG
02391759	ARANESP	AMG
02392348	ARANESP	AMG
99004917	ARANESP	AMG
99004925	ARANESP	AMG

200MCG/ML SOLUTION

02391767	ARANESP	AMG
02391775	ARANESP	AMG

20:16.00 HÉMATOPOÏÉTIQUES

DARBÉPOÉTINE ALFA

200MCG/ML SOLUTION

02391783	ARANESP	AMG
02392356	ARANESP	AMG
99004909	ARANESP	AMG
99004933	ARANESP	AMG

500MCG/ML SOLUTION

02391791	ARANESP	AMG
02391805	ARANESP	AMG
02391821	ARANESP	AMG
02392364	ARANESP	AMG
09857185	ARANESP	AMG

ÉPOÉTINE ALFA

1,000U/0.5ML SOLUTION

02231583	EPREX	JSO

2,000U/0.5ML SOLUTION

02231584	EPREX	JSO

3,000U/0.3ML SOLUTION

02231585	EPREX	JSO

4,000U/0.4ML SOLUTION

02231586	EPREX	JSO

5000U/0.5ML SOLUTION

02243400	EPREX	JSO

6000U/0.6ML SOLUTION

02243401	EPREX	JSO

8000U/0.8ML SOLUTION

02243403	EPREX	JSO

10,000/ML SOLUTION

02231587	EPREX	JSO

20,000U/0.5ML SOLUTION

02243239	EPREX	JSO

30,000U/0.75ML SOLUTION

02288680	EPREX	JSO

40,000U/ML SOLUTION

02240722	EPREX	JSO

PEGFILGRASTIM

10MG/ML SOLUTION

02249790	NEULASTA	AMG

Le Programme des SSNA a mis sur pied une liste spéciale de médicaments qui sont fréquemment utilisés par les clients en cours de traitement du cancer. Cette liste permet de simplifier l'accès aux médicaments complémentaires qui sont différents de la chimiothérapie.
Les clients qui sont approuvés pour la chimiothérapie orale ont accès à tous les médicaments de cette liste spéciale de médicaments. De plus, les clients qui font une demande pour l'un des médicaments à cette liste spéciale ont également accès aux médicaments de cette liste durant le cours de traitement du cancer.
Les clients sont automatiquement inscrits à cette liste spéciale pour une période de six mois. Si le traitement du cancer est d'une durée plus longue, l'accès à cette liste spéciale de médicaments sera accordé pour s'harmoniser avec la durée du traitement. Dans le cas où la durée du traitement n'est pas connue et le plan de traitement s'étend au-delà de six mois, l'accès à cette liste spéciale de médicaments peut être prolongé sur demande.

28:00 MÉDICAMENTS DE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

28:12.92 DIVERS ANTICONVULSIVANTS

PRÉGABALINE

25MG CAPSULE

02402912	ACT PREGABALIN	ACG
02394235	APO-PREGABALIN	APX
02433869	AURO-PREGABALIN	AUR
02402556	DOM-PREGABALIN	DPC
02435977	JAMP-PREGABALIN	JMP
02268418	LYRICA	PFI
02417529	MAR-PREGABALIN	MAR
02423804	MINT-PREGABALIN	MIN
02382210	MYLAN-PREGABALIN	MYL
02359596	PMS-PREGABALIN	PMS
02396483	PREGABALIN	PDL
02403692	PREGABALIN	SIV
02405539	PREGABALIN	SAN
02392801	RAN-PREGABALIN	RBY
02377039	RIVA-PREGABALIN	RIV
02390817	SANDOZ PREGABALIN	SDZ
02361159	TEVA-PREGABALIN	TEV

50MG CAPSULE

02402920	ACT PREGABALIN	ACG
02394243	APO-PREGABALIN	APX
02433877	AURO-PREGABALIN	AUR
02402564	DOM-PREGABALIN	DPC
02435985	JAMP-PREGABALIN	JMP
02268426	LYRICA	PFI
02417537	MAR-PREGABALIN	MAR
02423812	MINT-PREGABALIN	MIN
02382229	MYLAN-PREGABALIN	MYL
02359618	PMS-PREGABALIN	PMS
02396505	PREGABALIN	PDL
02403706	PREGABALIN	SIV
02405547	PREGABALIN	SAN
02392828	RAN-PREGABALIN	RBY
02377047	RIVA-PREGABALIN	RIV
02390825	SANDOZ PREGABALIN	SDZ
02361175	TEVA-PREGABALIN	TEV

75MG CAPSULE

02402939	ACT PREGABALIN	ACG
02394251	APO-PREGABALIN	APX
02433885	AURO-PREGABALIN	AUR

28:12.92 DIVERS ANTICONVULSIVANTS

PRÉGABALINE

75MG CAPSULE

02402572	DOM-PREGABALIN	DPC
02435993	JAMP-PREGABALIN	JMP
02268434	LYRICA	PFI
02417545	MAR-PREGABALIN	MAR
02424185	MINT-PREGABALIN	MIN
02382237	MYLAN-PREGABALIN	MYL
02359626	PMS-PREGABALIN	PMS
02396513	PREGABALIN	PDL
02403714	PREGABALIN	SIV
02405555	PREGABALIN	SAN
02392836	RAN-PREGABALIN	RBY
02377055	RIVA-PREGABALIN	RIV
02390833	SANDOZ PREGABALIN	SDZ
02361183	TEVA-PREGABALIN	TEV

150MG CAPSULE

02402955	ACT PREGABALIN	ACG
02394278	APO-PREGABALIN	APX
02433907	AURO-PREGABALIN	AUR
02402580	DOM-PREGABALIN	DPC
02436000	JAMP-PREGABALIN	JMP
02268450	LYRICA	PFI
02417561	MAR-PREGABALIN	MAR
02424207	MINT-PREGABALIN	MIN
02382245	MYLAN-PREGABALIN	MYL
02359634	PMS-PREGABALIN	PMS
02396521	PREGABALIN	PDL
02403722	PREGABALIN	SIV
02405563	PREGABALIN	SAN
02392844	RAN-PREGABALIN	RBY
02377063	RIVA-PREGABALIN	RIV
02390841	SANDOZ PREGABALIN	SDZ
02361205	TEVA-PREGABALIN	TEV

300MG CAPSULE

02402998	ACT PREGABALIN	ACG
02394294	APO-PREGABALIN	APX
02436019	JAMP-PREGABALIN	JMP
02268485	LYRICA	PFI
02382253	MYLAN-PREGABALIN	MYL
02359642	PMS-PREGABALIN	PMS
02396548	PREGABALIN	PDL
02403730	PREGABALIN	SIV
02405598	PREGABALIN	SAN

Le Programme des SSNA a mis sur pied une liste spéciale de médicaments qui sont fréquemment utilisés par les clients en cours de traitement du cancer. Cette liste permet de simplifier l'accès aux médicaments complémentaires qui sont différents de la chimiothérapie.
Les clients qui sont approuvés pour la chimiothérapie orale ont accès à tous les médicaments de cette liste spéciale de médicaments. De plus, les clients qui font une demande pour l'un des médicaments à cette liste spéciale ont également accès aux médicaments de cette liste durant le cours de traitement du cancer.
Les clients sont automatiquement inscrits à cette liste spéciale pour une période de six mois. Si le traitement du cancer est d'une durée plus longue, l'accès à cette liste spéciale de médicaments sera accordé pour s'harmoniser avec la durée du traitement. Dans le cas où la durée du traitement n'est pas connue et le plan de traitement s'étend au-delà de six mois, l'accès à cette liste spéciale de médicaments peut être prolongé sur demande.

28:12.92 DIVERS ANTICONVULSIVANTS

PRÉGABALINE

300MG CAPSULE

02392860	RAN-PREGABALIN	RBY
02377071	RIVA-PREGABALIN	RIV
02390868	SANDOZ PREGABALIN	SDZ
02361248	TEVA-PREGABALIN	TEV

52:00 MÉDICAMENTS POUR YEUX, OREILLES, NEZ, GORGE (O.R.L.O.)

52:28.00 O.R.L.O. - RINCE-BOUCHE ET GARGARISMES

BENZYDAMINE (CHLORHYDRATE DE)

0.15% RINCE BOUCHE

02239044	APO-BENZYDAMINE	APX
02229777	PHARIXIA	PED
02239537	PMS-BENZYDAMINE	PMS

52:92.00 AUTRES O.R.L.O.

SALIVE ARTIFICIELLE

0.05MG VAPORISATEUR

02238696	MOISTIR	PMS

56:00 GASTRO-INTESTINAUX

56:08.00 ANTIDIARRHÉIQUES

DIPHENOXYLATE HYDROCHLORIDE, ATROPINE (SULFATE D')

2.5MG & 0.025MG COMPRIMÉ

00036323	LOMOTIL	PFI

56:22.32 DIVERS ANTIÉMÉTIQUES

APRÉPITANT

80MG CAPSULE

02298791	EMEND	FRS

125MG CAPSULE

02298805	EMEND	FRS

125MG & 80MG CAPSULE

02298813	EMEND TRI-PACK	FRS

56:22.92 DIVERS ANTIÉMÉTIQUES

NABILONE

0.25MG CAPSULE

02441497	APO-NABILONE	APX
02312263	CESAMET	VAE

56:22.92 DIVERS ANTIÉMÉTIQUES

NABILONE

0.25MG CAPSULE

02380897	PMS-NABILONE	PMS
02358077	RAN-NABILONE	RBY
02392925	TEVA-NABILONE	TEV

0.5MG CAPSULE

02393581	ACT NABILONE	ACG
02441500	APO-NABILONE	APX
02256193	CESAMET	VAE
02380900	PMS-NABILONE	PMS
02358085	RAN-NABILONE	RBY
02384884	TEVA-NABILONE	TEV

1MG CAPSULE

02393603	ACT NABILONE	ACG
02441519	APO-NABILONE	APX
00548375	CESAMET	VAE
02380919	PMS-NABILONE	PMS
02358093	RAN-NABILONE	RBY
02384892	TEVA-NABILONE	TEV

92:00 AUTRES MÉDICAMENTS

92:24.00 INHIBITEUR RÉSORPTION OSSEUSE

DENOSUMAB (XGEVA)

120MG/1.7ML SOLUTION

02368153	XGEVA	AMG

96:00 SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

96:00.00 SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

SUPPLEMENT NUTRITIONNEL

LIQUIDE ORALE

09853154	BOOST BOISSON AUX FRUITS	NES
95999963	BOOST ORIGINAL	NES
95999975	BOOST PLUS	NES
97904341	ENSURE	ABB
97904317	ENSURE AVEC FIBRE	ABB
97904333	ENSURE PLUS	ABB
00801054	ENSURE SOURCE ELEVÉE DE PROTÈINE	ABB
95999970	SUPPLEMENT NUTRITIONNEL	NES

Annexe D - Liste spéciale de médicaments utilisés en cours de traitement du cancer

Services de santé non assurés

Le Programme des SSNA a mis sur pied une liste spéciale de médicaments qui sont fréquemment utilisés par les clients en cours de traitement du cancer. Cette liste permet de simplifier l'accès aux médicaments complémentaires qui ne sont différents de la chimiothérapie.

Les clients qui sont approuvés pour la chimiothérapie orale ont accès à tous les médicaments de cette liste spéciale de médicaments. De plus, les clients qui font une demande pour l'un des médicaments à cette liste spéciale ont également accès aux médicaments de cette liste durant le cours de traitement du cancer.

Les clients sont automatiquement inscrits à cette liste spéciale pour une période de six mois.
Si le traitement du cancer est d'une durée plus longue, l'accès à cette liste spéciale de médicaments sera accordé pour s'harmoniser avec la durée du traitement. Dans le cas où la durée du traitement n'est pas connue et le plan de traitement s'étend au-delà de six mois, l'accès à cette liste spéciale de médicaments peut être prolongé sur demande.

ACT NABILONE	3	PMS-PREGABALIN	2
ACT PREGABALIN	2	PREGABALIN	2
APO-BENZYDAMINE	3	**PRÉGABALINE**	**2**
APO-MINOCYCLINE	1	RAN-NABILONE	3
APO-NABILONE	3	RAN-PREGABALIN	2
APO-PREGABALIN	2	RIVA-PREGABALIN	2
APRÉPITANT	**3**	**SALIVE ARTIFICIELLE**	**3**
ARANESP	1	SANDOZ MINOCYCLINE	1
AURO-PREGABALIN	2	SANDOZ PREGABALIN	2
BENZYDAMINE (CHLORHYDRATE DE)	**3**	**SUPPLEMENT NUTRITIONNEL**	**3**
BOOST BOISSON AUX FRUITS	3	SUPPLEMENT NUTRITIONNEL	3
BOOST ORIGINAL	3	TEVA-MINOCYCLINE	1
BOOST PLUS	3	TEVA-NABILONE	3
CESAMET	3	TEVA-PREGABALIN	2
DARBÉPOÉTINE ALFA	**1**	XGEVA	3
DENOSUMAB (XGEVA)	**3**		
DIPHENOXYLATE HYDROCHLORIDE, ATROPINE (SULFATE D')	**3**		
DOM-MINOCYCLINE	1		
DOM-PREGABALIN	2		
EMEND	3		
EMEND TRI-PACK	3		
ENSURE	3		
ENSURE AVEC FIBRE	3		
ENSURE PLUS	3		
ENSURE SOURCE ELEVÉE DE PROTÉINE	3		
ÉPOÉTINE ALFA	**1**		
EPREX	1		
JAMP-PREGABALIN	2		
LOMOTIL	3		
LYRICA	2		
MAR-PREGABALIN	2		
MINOCYCLINE	1		
MINOCYCLINE (CHLORHYDRATE DE)	**1**		
MINT-PREGABALIN	2		
MOISTIR	3		
MYLAN-MINOCYCLINE	1		
MYLAN-PREGABALIN	2		
NABILONE	**3**		
NEULASTA	1		
PEGFILGRASTIM	**1**		
PHARIXIA	3		
PMS-BENZYDAMINE	3		
PMS-MINOCYCLINE	1		
PMS-NABILONE	3		

ANNEXE E

PRÉPARATIONS MAGISTRALES

Pour être admissibles dans le cadre du Programme des SSNA, les préparations magistrales (composés) doivent contenir au moins un ingrédient figurant sur la LM et leur formule doit être différente de celle de tous les médicaments fabriqués commercialement. Les préparations magistrales contenant des médicaments d'exception ou des médicament à usage restreint doivent être préalablement approuvées par le CEM; celles contenant des ingrédients exclus par le Programme des SSNA ne sont pas couvertes.

Afin qu'un remboursement approprié soit accordé, toutes les demandes qui concernent des préparations magistrales devront contenir le pseudo-DIN correspondant. Des poudres pharmaceutiques d'ingrédients admissibles peuvent être utilisées à la place des comprimés/capsules. Ces poudres doivent être facturées au coût d'achat réel (CAR), sans dépasser le CAR maximal, lequel repose sur le prix associé au DIN du comprimé ou de la capsule comparable.

Articles en rupture de stock et préparations magistrales :
Les fournisseurs qui préparent un composé en vue de remplacer un produit commercial en rupture de stock n'ont pas besoin d'une AP. La demande doit être soumise à l'aide du pseudo-DIN correspondant et divers. Les fournisseurs sont tenus de conserver les documents qui démontrent que le produit commercial était en rupture de stock au moment de l'exécution de l'ordonnance.

Composés contenant du diclofénac :
Les composés contenant du diclofénac comme ingrédient requièrent une AP et seront examinés individuellement.

MÉLANGE DE POUDRES À USAGE EXTERNE

99504000 COMPOSÉS DIVERS POUDRE EXTERNE

MÉLANGE DE POUDRES À USAGE INTERNE

99505000 COMPOSÉS DIVERS DE POUDRE INTERNE
99505003 PHENAZOPYRIDINE COMPOUNDED
99505004 BACKORDER POUDRE INTERNE

MÉLANGE DE PRODUITS POUR GOUTTES OCULAIRES OU AURICULAIRES

99507000 COMPOSÉS DIVERS GTTE YEUX/OREILLES
99507001 GOUTTES OPHTHALMIQUE ANTIFONGIQUE
99507002 GOUTTES OPHTHALMIQUE ANTIBIOTIQUE
99507003 GOUTTES OPHTHALMIQUE ANTIVIRAUX

MÉLANGE DE PRODUITS POUR INJECTION OU PERFUSION

99506000 CÉFAZOLINE INFUSION STERILE
99506001 CÉFTRIAXONE INFUSION STERILE
99506003 PENICILLINE G SODIQUE INFUSION STERILE
99506004 GENTAMYCINE INFUSION STERILE
99506005 AMPICILLINE INFUSION STERILE
99506008 CLINDAMYCINE INFUSION STERILE
99506015 FER SUCROSE INFUSION STERILE
99506021 COMPOSES DIVERS/INFUSION

MÉLANGE DE PRODUITS POUR SUPPOSITOIRE

99508000 COMPOSES DIVERS SUPPOSITOIRES

MÉLANGE LIQUIDE DE PRODUITS À USAGE INTERNE

99503000 HYDROCHLOROTHIAZIDE LIQUIDE ORALE
99503001 SPIRONOLACTONE LIQUIDE ORALE

MÉLANGE LIQUIDE DE PRODUITS À USAGE INTERNE

99503002 OMEPRAZOLE LIQUIDE ORALE
99503003 AMLODIPINE LIQUIDE ORALE
99503004 NITROFURANTOINE LIQUIDE ORALE
99503005 DOMPERIDONE LIQUIDE ORALE
99503006 R-B TRANEXAMIQUE DENT
99503007 DEXAMÉTHASONE LIQUIDE ORALE
99503008 PREDNISONE LIQUIDE ORALE
99503009 ALDACTAZIDE LIQUIDE ORALE
99503010 LANSOPRAZOLE LIQUIDE ORALE
99503011 BACLOFÈNE LIQUIDE ORALE
99503012 METRONIDAZOLE LIQUIDE ORALE
99503013 ENALAPRIL LIQUIDE ORALE
99503014 PROPRANOLOL LIQUIDE ORALE
99503015 METOPROLOL LIQUIDE ORALE
99503016 AMIODARONE LIQUIDE ORALE
99503017 TRIMÉTHOPRIME LIQUIDE ORALE
99503018 ALLOPURINOL LIQUIDE ORALE
99503019 AZATHIOPRINE LIQUIDE ORALE
99503020 BENZODIAZÉPINE LIQUIDE ORALE
99503021 CLONIDINE LIQUIDE ORALE
99503022 RIFAMPINE LIQUIDE ORALE
99503023 SOTALOL LIQUIDE ORALE
99503024 UROSODIOL LIQUIDE ORALE
99503025 COMPOSÉS DIVERS DE LIQUIDE INTERNE
99503026 LEVETIRACETAM LIQUIDE ORALE
99503027 TOPIRAMATE LIQUIDE ORALE
99503028 ANTIACIDE ET LIDOCAINE EN LIQUIDE ORALE
99503029 MAGIC MOUTHWASH GARGARISME
99503031 ISONIAZID LIQUIDE ORALE
99503032 OPIOIDE LIQUIDE ORALE
99503033 AUTRE D'USAGE RESTREINT MELANGE INTERNE

Pour être admissibles dans le cadre du Programme des SSNA, les préparations magistrales (composés) doivent contenir au moins un ingrédient figurant sur la LM et leur formule doit être différente de celle de tous les médicaments fabriqués commercialement. Les préparations magistrales contenant des médicaments d'exception ou des médicament à usage restreint doivent être préalablement approuvées par le CEM; celles contenant des ingrédients exclus par le Programme des SSNA ne sont pas couvertes.

Afin qu'un remboursement approprié soit accordé, toutes les demandes qui concernent des préparations magistrales devront contenir le pseudo-DIN correspondant. Des poudres pharmaceutiques d'ingrédients admissibles peuvent être utilisées à la place des comprimés/capsules. Ces poudres doivent être facturées au coût d'achat réel (CAR), sans dépasser le CAR maximal, lequel repose sur le prix associé au DIN du comprimé ou de la capsule comparable.

Articles en rupture de stock et préparations magistrales :
Les fournisseurs qui préparent un composé en vue de remplacer un produit commercial en rupture de stock n'ont pas besoin d'une AP. La demande doit être soumise à l'aide du pseudo-DIN correspondant et divers. Les fournisseurs sont tenus de conserver les documents qui démontrent que le produit commercial était en rupture de stock au moment de l'exécution de l'ordonnance.

Composés contenant du diclofénac :
Les composés contenant du diclofénac comme ingrédient requièrent une AP et seront examinés individuellement.

MÉLANGE LOTION DE PRODUITS À USAGE EXTERNE

99502001 MENTHOL&CAMPHRE DANS LOTION DE CORTICOSTÉROIDE
99502002 COMPOSÉS DIVERS DE LOTION EXTERNE

MÉLANGE POUR CRÈME TOPIQUE

99500000 HYDROCORTISONE POUDRE ET CLOTRIMADERM CRÈME
99500001 STÉROIDE ET ANTIFONGIQUE
99500002 MENTHOL&/OU CAMPHRE DANS CRÈME DE CORTICOSTÉROIDE
99500003 ACIDE SALICYLIQUE DANS CORTICOSTÉROIDE
99500004 COMPOSÉS DIVERS CRÈME TOPIQUE
99500006 SOUFRE DANS NON-MÉDICAMENTEUX
99500008 MOMETASONE CRÈME
99500009 LCD DANS CRÈME NON-MÉDICINAL
99500010 LCD DANS CRÈME CORTICOSTÉROIDE
99504001 AUTRE D'USAGE RESTREINT MELANGE EXTERNE

MÉLANGE POUR ONGUENT TOPIQUE

99501000 LCD DANS ONGENT CORTICOSTÉROIDE
99501001 ACIDE SALICYLIQUE DANS ONG NON-MÉDICINAL
99501002 SOUFRE DANS ONGENT NON-MÉDICAMENTEUX
99501003 ANTAGONISTES DU CALCIUM DANS ONGUENT
99501004 COMPOSES DIVERS D'ONGUENT TOPIQUE
99501005 LCD DANS ONGENT NON-MÉDICINAL
99501006 ONGUENT TOUT USAGE POUR TTÉINES
99501008 DILTIAZEM DANS ONGUENT
99502000 CLINDAMYCINE DANS DU DILUSOL OU DUONALC

PRÉPARATION MAGISTRALE STÉRILE

00915000 PRÉPARATION MAGISTRALE STÉRILE

THÉRAPIE EN VUE DE L'AFFIRMATION DU GENRE

00915311 THERAPIE L'AFFIRMATION DU GENRE TOPIQUE
00915312 THERAPIE L'AFFIRMATION DU GENRE

ANNEXE F

LISTE DES FABRICANTS DES MÉDICAMENTS

FAB	Nom du fabricant
AAP	AA PHARMA INCORPORÉ
ABB	LABORATORIES ABBOTT LIMITÉE
ABV	ABBVIE CORPORATION
ACC	ACCORD HEALTHCARE INCORPORÉ
ACG	ACTAVIS GROUP PTC EHF
ACN	ACTELION PHARMACEUTICALS LIMITÉE
ACP	ACCEL PHARMA INCORPORÉ
ADA	ADAMS LABS LIMITÉE
ADD	AVEVA DRUG DELIVERY SYSTEMS INCORPORÉ
ALC	ALCON CANADA INCORPORÉ
ALK	ALK ABELLO A/S
ALL	ALLERGAN INCORPORÉ
ALV	ALVEDA PHARMACEUTICALS INCORPORÉ
AMG	AMGEN CANADA INCORPORÉ
ANG	ANGITA PHARMA INCORPORÉ
APC	APTALIS PHARMA CANADA ULC
APL	AUROBINDO PHARMA LIMITÉE
APU	ATNAHS PHARMA UK LIMITÉE
APX	APOTEX INCORPORÉ
ARA	ARA PHARMACUETICALS INCORPORÉ
ARI	ARIAD PHARMACEUTICALS INCORPORÉ
ASP	ASPEN PHARMA TRADING LIMITÉE
AST	ASTELLAS PHARMA CANADA INCORPORÉ
ATL	LABORATORIE ATLAS INCORPORÉ
ATO	ATON PHARMA INCORPORATED, A DIVISION OF VALEANT PHARMACEUTICALS NORTH AMERICA LLC
AUC	AUTO CONTROL
AUP	AURIUM PHARMA INCORPORÉ
AUR	AURO PHARMA INCORPORÉ
AZC	ASTRAZENECA CANADA INCORPORÉ
BAX	BAXTER CORPORATION
BAY	BAYER INCORPORÉ, HEALTHCARE/DIAGNOSTICS
BDT	BECTON DICKINSON CANADA INCORPORÉ
BEN	BENCARD ALLERGY LABORATORIES
BEX	BERLEX CANADA INCORPORÉ
BGP	BGP PHARMA ULC
BMI	BIOMED 2002 INCORPORÉ
BMS	BRISTOL-MYERS SQUIBB CANADA
BOE	BOEHRINGER INGELHEIM (CANADA) LIMITÉE
BSH	BAUSCH & LOMB CANADA INCORPORÉ
BSY	BIOSYENT PHARMA INCORPORÉ
BTD	WEB PACK INTERNATIONAL INCORPORÉ
BTU	BRAINTREE LABORATORIES INCORPORÉ
CHE	CHEPLAPHARM ARZNEIMITTEL GMBH ALLEMAGNE
CHU	CHURCH & DWIGHT CANADA CORPORATION
CIP	CIPHER PHARMACEUTICALS INCORPORÉ
CLC	COLUMBIA LABORATORIES CANADA INCORPORÉ
COV	COVIDIEN CANADA
CPA	COLGATE-PALMOLIVE CANADA INCORPORÉ
DCM	D & C MOBILITY
DDP	THE D DROPS COMPANY INCORPORÉ
DOR	LABORATORIES DORMER INCORPORÉ
DPC	DOMINION PHARMACAL
DPI	DOMREX PHARMA INCORPORÉ
DPT	DERMTEK PHARMA INCORPORÉ
DUI	DUCHESNAY INCORPORÉ
EIS	EISAI LIMITÉE
ELN	ELAN PHARMACEUTICALS INCORPORÉ
ERF	ERFA CANADA INCORPORÉ
ETH	ETHYPHARM INCORPORÉ
EUR	EURO-PHARM INTERNATIONAL CANADA INCORPORÉ
FEI	FERRING INCORPORÉ
FKD	FRESENIUS KABI CANADA LIMITÉE
FMC	FRESENIUS MEDICAL CARE AMÉRIQUE DU NORD
FRS	MERCK FROSST CANADA LIMITÉE
GAC	GALDERMA CANADA INCORPORÉ
GEE	GENZYME CANADA INCORPORÉ
GFP	GFR PHARMA LIMITÉE
GIL	GILEAD SCIENCES INCORPORÉ
GLK	GLENMARK PHARMACEUTICALS CANADA INCORPORÉ
GMP	GENERIC MEDICAL PARTNERS INCORPORÉ
GPB	G POHL-BOSKAMP GMBH & CO KG
GSK	GLAXOSMITHKLINE INCORPORÉ
HIL	HILL DERMACEUTICALS INCORPORÉ
HJS	H.J. SUTTON INDUSTRIES LIMITÉE
HLR	HOFFMAN-LAROCHE LIMITÉE
HLS	HLS THERAPEUTICS INC
HOD	NIPRO DIAGNOSTICS CANADA LIMITÉE
HOS	HOSPIRA HEALTHCARE CORPORATION
HYD	HYDRATION PHARMACEUTICALS CANADA INCORPORÉ
ICN	ICN CANADA LIMITÉE
IND	INDIVIOR UK LIMITÉE
INS	INSIGHT PHARMACEUTICALS LLC
IPS	IPSEN LIMITÉE
IVX	IVAX PHARMACEUTICALS INCORPORÉ
JAC	JACOBUS PHARMACEUTICAL COMPANY INCORPORÉ
JAJ	JOHNSON & JOHNSON
JAM	C.E. JAMIESON COMPAGNIE LIMITÉE
JMP	JAMP PHARMA COMPAGNIE
JNO	JANSSEN-ORTHO INCORPORÉ
JSO	JANSSEN INCORPORÉ
JUB	JUBILANT HOLLISTERSTIER LLC
KAL	KALEO INCORPORÉ
KIM	MCNEIL CONSUMER HEALTHCARE, A DIVISION OF JOHNSON & JOHNSON INCORPORÉ
KLA	PATRIOT A DIVISION OF JANSSEN INCORPORÉ
LAL	LABORATOIRE LALCO INCORPORÉ
LAP	LABORATOIRE HRA PHARMA
LEO	LEO PHARMA INCORPORÉ
LIL	ELI LILLY CANADA INCORPORÉ
LIP	LINEPHARMA INTERNATIONAL LIMITÉE
LUD	LUNDBECK CANADA INCORPORÉ
LUI	LUITPOLD PHARMACEUTICALS INCORPORÉ
LUK	LUNDBECK LLC
LUP	LUPIN PHARMA CANADA LIMITÉE

FAB	Nom du fabricant
MAC	MACDONALD'S PRESCRIPTION LAB LIMITÉE
MAK	3M CANADA COMPANY
MAN	MANTRA PHARMA INCORPORÉ
MAR	MARCAN PHARMACEUTICALS INCORPORÉ
MAT	MALLINCKRODT CANADA ULC
MAY	MAYNE PHARMA (CANADA) INCORPORÉ
MCA	MCARTHUR MEDICAL SALES INCORPORÉ
MCL	MCNEIL CONSUMER PRODUCTS COMPAGNIE
MDF	MEDICAL FUTURES INCORPORÉ
MDS	MEDISCA PHARMACEUTIQUE INCORPORÉ
MDT	MEDTRONIC OF CANADA LIMITÉE
MEC	MEDI+SURE CANADA INCORPORÉ
MEZ	MERZ PHARMACEUTICALS GMBH
MIN	MINT PHARMACEUTICALS INCORPORÉ
MJO	MEAD JOHNSON CANADA INCORPORÉ
MPD	MEDICAL PLASTIC DEVICES INCORPORÉ
MRL	MERUS LABS INTERNATIONAL INCORPORÉ
MSF	MEDISAFE DISTRIBUTION INCORPORÉ
MSL	MEDIC SAVOURE LIMITÉE
MTC	MEDTECH PRODUCTS INCORPORÉ
MYL	MYLAN PHARMACEUTICALS ULC
NCA	NOVA DIABETES CARE
NEB	NEOBOURNE PHARMA LP
NES	NESTLÉ CANADA INCORPORÉ
NOO	NOVO NORDISK CANADA INCORPORÉ
NOP	NOVOPHARM LIMITÉE
NPH	NATCO PHARMA CANADA INCORPORÉ
NUR	NUTRICORP INTERNATIONAL
NVC	NOVARTIS CONSUMER HEALTH CANADA INCORPORÉ
NVR	NOVARTIS PHARMACEUTICALS CANADA INCORPORÉ
OBT	COBALT PHARMACEUTICALS COMPANY
ODN	ODAN LABORATORIES LIMITÉE
OMG	OMEGA LABORATORIES LIMITÉE
OPU	OPUS PHARMA
ORM	ORIMED PHARMA INCORPORÉ
OTS	OTSUKA PHARMACEUTICAL CORPORATION LIMITÉE
PAL	PALADIN LABS INCORPORÉ
PDI	PROFESSIONAL DISPOSABLES INTERNATIONAL LIMITÉE
PDL	PRO DOC LIMITÉE
PED	PENDOPHARM INCORPORÉ
PEI	PEDIAPHARM INCORPORÉ
PER	PERRIGO INTERNATIONAL
PFI	PFIZER CANADA INCORPORÉ
PFR	PURDUE PHARMA
PGI	PROCTOR & GAMBLE INCORPORÉ
PHA	PHARMAPAR INCORPORÉ
PMS	PHARMASCIENCE INCORPORÉ
PMT	PHARMETICS INCORPORÉ
PPH	PAR PHARMACEUTICAL COMPANIES
PPI	PRESTIGE PHARMA INCORPORÉ
RAX	STERIMAX INC
RBP	RB PHARMACEUTICALS LIMITÉE
RBW	R.W. PACKAGING LIMITÉE
RBY	RANBAXY PHARMACEUTICALS CANADA INCORPORÉ
REC	DR REDDYS LABORATORIES INCORPORÉ
RGL	RECRO GAINESVILLE LLC
RIT	THE RITEDOSE CORPORATION
RIV	LABORATORIE RIVA INCORPORÉ
RLI	RED LEAF MEDICAL INCORPORÉ
ROD	ROCHE DIAGNOSTICS
RPH	RATIOPHARM INCORPORÉ
SAC	SANOFI-AVENTIS CANADA
SAN	SANIS HEALTH INCORPORÉ
SDZ	SANDOZ CANADA INCORPORÉ
SEA	SEARCHLIGHT PHARMA INCORPORÉ
SEV	SERVIER CANADA INCORPORÉ
SFA	HTL STREFA
SHI	SHIRE CANADA INCORPORÉ
SHM	SHERWOOD INCORPORÉ
SIV	SIVEM PHARMACEUTICALS ULC
SKY	LIFESCAN INCORPORATED, PART OF THE JOHNSON & JOHNSON
SLX	SALIX PHARMACEUTICALS INCORPORÉ
SMW	SMITH & NEPHEW CANADA
SNE	SMITH & NEPHEW INCORPORÉ
SPC	SUNOVION PHARMACEUTICALS CANADA INCORPORÉ
SPH	SOLVAY PHARMA INCORPORÉ
SPT	SEPTA PHARMACEUTICALS INCORPORÉ
SRO	EMD SERONO, A DIVISION OF EMD INCORPORÉ CANADA
STE	STERIMAX INCORPORÉ
STG	LABORATOIRES STERIGEN INCORPORÉ
SUS	SUNSTAR AMERICAS INCORPORÉ
SWS	SWISS HERBAL REMEDIES LIMITÉE
TAK	TAKEDA PHARMACEUTICALS AMERICA INCORPORÉ
TAN	TANTA PHARMACEUTICALS INCORPORÉ
TAR	TARO PHARMACEUTICALS INCORPORÉ
TEL	TELIGENT OU
TEV	TEVA CANADA LIMITÉE
TIL	TILLOTTS PHARMA GMBH
TIP	H & P INDUSTRIES / THE TRIAD-GROUP
TLI	LABORATOIRES TRIANON INCORPORÉ
TPC	TRIBUTE PHARMACEUTICALS CANADA INCORPORÉ
TPT	TAROPHARMA, A DIVISION OF TARO PHARMACEUTICALS INCORPORÉ
TRE	TREMBLAY HARRISON INCORPORÉ
TRI	TRIANON LABORATORIES INCORPORÉ
TRM	ACERUS PHARMACEUTICALS CORPORATION
TRU	TRUDELL MEDICAL INTERNATIONALE
TSN	TRIMEDIC SUPPLY NETWORK LIMITÉE
TYC	KENDALL HEALTHCARE
UCB	UBC PHARMA INCORPORÉ
UMI	ULTIMED, INCORPORÉ
UNK	
VAE	VALEANT CANADA LIMITÉE
VAN	VANC PHARMACEUTICALS INCORPORÉ

FAB	Nom du fabricant
VII	VIIV HEALTHCARE ULC
VTH	VITA HEALTH PRODUCTS INCORPORÉ
WAC	WARNER CHILCOTT CANADA CORPORATION
WAM	WAMPOLE INCORPORÉ
WEP	WE PHARMACEUTICALS
WNP	WN PHARMACEUTICALS LIMITÉE
WPC	WELLSPRING PHARMACEUTICAL CANADA CAMPAGNIE
XED	XEDITON PHARMACEUTICALS INCORPORÉ
XEN	XENEX LABS INCORPORÉ

FAB	Nom du fabricant

ANNEXE G

EXCLUSIONS

Certains produits ne sont pas considérés comme étant du ressort du Programme. Ces produits ne seront pas remboursés comme prestations pharmaceutiques dans le cadre du Programme des SSNA. Ces produits sont les :

Agents anti-obésité;
Produits ménagers (savons et shampoings ordinaires);
Cosmétiques;
Produits utilisés en médecine parallèle, comme l'huile d'onagre et la glucosamine;
Mégavitamines;
Médicaments en cours d'expérimentation clinique;
Vaccinations liées aux voyages à l'étranger;
Stimulants de la pousse des cheveux;
Médicaments utilisés pour traiter l'infertilité ou l'impotence; certains produits en vente libre;
Préparations contre la toux contenant des opiacés;
Dalmane®, Somnol® et produits génériques (flurazepam);
DarvonMD et 642MD (propoxyphène);
Fiorinal®, Fiorinal® C¼, Fiorinal® C½ et produits génériques (Analgésiques contenant du butalbital avec ou sans opioid);
Librium®, Solium®, Medilium® et produits génériques (chlordiazepoxide);
Stadol MD NS et génériques (butorphanol, tartrate de, vaporisateur nasal); et
Tranxene® et produits génériques (clorazepate).
Imovane® and generics (zopiclone).

Les médicaments suivants ne seront pas remboursés par le Programme des SSNA, tel que recommandé par le Programme Commun D'évaluation des médicaments (PCEM) et le Comité consultatif sur les médicaments et les thérapeutiques (CCMT) du Programme des SSNA parce qu'il n'y a pas de preuves au niveau des données publiées que ces médicaments sont cliniquement efficaces comparativement aux autres thérapies sur le marché et justifiables quant à leur coût.

Nota: Le processus d'appel et la Politique d'approvisionnement d'urgence ne s'appliqueront pas aux médicaments suivants.

DIN	FAB	Nom de marque	Teneur et forme pharmaceutique
02248722	ALL	ACULAR LS	0.4% SOLUTION
02259052	AST	AMEVIVE	15MG/ML POUDRE POUR SOLUTION
02247916	BAY	CIPRO XL	500MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)
02251787	BAY	CIPRO XL	1,000MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)
02248417	FEI	GYNAZOLE	2% CRÈME
01926799	SAC	IMOVANE	7.5MG COMPRIMÉ
02216167	SAC	IMOVANE	5MG COMPRIMÉ
02244521	AZC	NEXIUM	20MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)
02244522	AZC	NEXIUM	40MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)
02241804	TAK	PANTOLOC	20MG COMPRIMÉ (ENTÉROSOLUBLE)
02248503	GSK	PAXIL	12.5MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)
02248504	GSK	PAXIL	25MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)
02229437	FMC	PHOSLO	667MG COMPRIMÉ
02256290	PFI	RELPAX	20MG COMPRIMÉ
02256304	PFI	RELPAX	40MG COMPRIMÉ

ANNEXE H

NOUVEAUX MÉDICAMENTS COUVERTS

Les médicaments suivants ont été ajoutés à la liste de médicaments du Programme des SSNA depuis la dernière publication de cette liste. Certains de ces médicaments peuvent avoir des critères d'utilisation spécifiques. Veuillez consulter l'annexe A pour obtenir ces critères d'utilisation.

DIN	FAB	Nom de marque	Teneur et forme pharmaceutique	Date ajoutée
02463768	ACP	ACCEL-CANDESARTAN	8MG COMPRIMÉ	2018-03-07
02463776	ACP	ACCEL-CANDESARTAN	16MG COMPRIMÉ	2018-03-07
02463784	ACP	ACCEL-CANDESARTAN	32MG COMPRIMÉ	2018-03-07
02463849	ACP	ACCEL-CANDESARTAN/HCTZ	32MG & 12.5MG COMPRIMÉ	2018-03-07
02463857	ACP	ACCEL-CANDESARTAN/HCTZ	32MG & 25MG COMPRIMÉ	2018-03-07
02463865	ACP	ACCEL-CANDESARTAN/HCTZ	16MG & 12.5MG COMPRIMÉ	2018-03-07
99101387	ROD	ACCU-CHEK GUIDE BATONNET	BÂTONNETS	2018-03-14
09857563	ROD	ACCU-CHEK GUIDE BATONNET (ON)	BÂTONNETS	2018-03-14
97799177	ROD	ACCU-CHEK GUIDE BATONNET (SK)	BÂTONNETS	2018-03-14
02439263	TEV	ACT AMPHETAMINE XR	5MG & 5MG & 5MG & 5MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)	2018-02-06
02439298	TEV	ACT AMPHETAMINE XR	7.5MG & 7.5MG & 7.5MG & 7.5MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)	2018-02-06
02439271	TEV	ACT AMPHETAMINE XR	6.25MG & 6.25MG & 6.25MG & 6.25MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)	2018-02-06
02439255	TEV	ACT AMPHETAMINE XR	3.75MG & 3.75MG & 3.75MG & 3.75MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)	2018-02-06
02439247	TEV	ACT AMPHETAMINE XR	2.5MG & 2.5MG & 2.5MG & 2.5MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)	2018-02-06
02439239	TEV	ACT AMPHETAMINE XR	1.25MG & 1.25MG & 1.25MG & 1.25MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)	2018-02-06
02453916	ACG	ACT BUPRENORPHINE/NALOXONE	8MG & 2MG COMPRIMÉ	2018-01-31
02453908	ACG	ACT BUPRENORPHINE/NALOXONE	2MG & 0.5MG COMPRIMÉ	2018-01-31
02448327	ACG	ACT DEXTROAMPHETAMINE SR	15MG CAPSULE (LIBÉRATION PROGRESSIVE)	2018-04-09
02248811	UNK	ADDERALL XR	5MG & 5MG & 5MG & 5MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)	2018-04-09
02248810	UNK	ADDERALL XR	3.75MG & 3.75MG & 3.75MG & 3.75MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)	2018-04-09
02248809	UNK	ADDERALL XR	2.5MG & 2.5MG & 2.5MG & 2.5MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)	2018-02-06
02248812	UNK	ADDERALL XR	6.25MG & 6.25MG & 6.25MG & 6.25MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)	2018-04-09
02248808	UNK	ADDERALL XR	1.25MG & 1.25MG & 1.25MG & 1.25MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)	2018-02-06
02248813	UNK	ADDERALL XR	7.5MG & 7.5MG & 7.5MG & 7.5MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)	2018-02-06
02412810	BAY	ADEMPAS	2.5MG COMPRIMÉ	2018-03-09
02412802	BAY	ADEMPAS	2MG COMPRIMÉ	2018-03-09
02412799	BAY	ADEMPAS	1.5MG COMPRIMÉ	2018-03-09
02412772	BAY	ADEMPAS	1MG COMPRIMÉ	2018-03-09
02412764	BAY	ADEMPAS	0.5MG COMPRIMÉ	2018-03-09
02339528	NVR	AFINITOR	10MG COMPRIMÉ	2018-01-19
02339501	NVR	AFINITOR	5MG COMPRIMÉ	2018-01-19
02369257	NVR	AFINITOR	2.5MG COMPRIMÉ	2018-01-19
02450267	NVR	AFINITOR	7.5MG COMPRIMÉ	2018-01-19
02425661	NVR	AFINITOR DISPERZ	5MG TABLET FOR SUSPENSION	2018-01-19
02425645	NVR	AFINITOR DISPERZ	2MG TABLET FOR SUSPENSION	2018-01-19
02425653	NVR	AFINITOR DISPERZ	3MG TABLET FOR SUSPENSION	2018-01-19
02226995	FKD	AMPICILLIN	2G POUDRE POUR SOLUTION	2018-02-20
02289288	APX	APO-PERINDOPRIL	4MG COMPRIMÉ	2018-04-13
02289261	APX	APO-PERINDOPRIL	2MG COMPRIMÉ	2018-04-13
02289296	APX	APO-PERINDOPRIL	8MG COMPRIMÉ	2018-04-16

Les médicaments suivants ont été ajoutés à la liste de médicaments du Programme des SSNA depuis la dernière publication de cette liste. Certains de ces médicaments peuvent avoir des critères d'utilisation spécifiques. Veuillez consulter l'annexe A pour obtenir ces critères d'utilisation.

DIN	FAB	Nom de marque	Teneur et forme pharmaceutique	Date ajoutée
02453061	APX	APO-PERINDOPRIL-INDAPAMIDE	8MG & 2.5MG COMPRIMÉ	2018-04-25
02466473	SAN	ATENOLOL	100MG COMPRIMÉ	2018-04-20
02459817	AUR	AURO-PERINDOPRIL	2MG COMPRIMÉ	2018-04-13
02459833	AUR	AURO-PERINDOPRIL	8MG COMPRIMÉ	2018-04-01
02459825	AUR	AURO-PERINDOPRIL	4MG COMPRIMÉ	2018-04-13
99505004	UNK	BACKORDER POUDRE INTERNE	POUDRE	2018-04-27
02444852	LIL	BASAGLAR	100U SOLUTION	2018-01-12
02444844	LIL	BASAGLAR	100U SOLUTION	2018-01-12
02461528	LIL	BASAGLAR	100U SOLUTION	2018-01-12
02444887	BMI	BIO-CIPROFLOXACIN	500MG COMPRIMÉ	2018-03-02
02448513	BMI	BIO-CITALOPRAM	40MG COMPRIMÉ	2018-03-20
02448475	BMI	BIO-CITALOPRAM	10MG COMPRIMÉ	2018-03-20
02448491	BMI	BIO-CITALOPRAM	20MG COMPRIMÉ	2018-03-20
02445034	BMI	BIO-DOMPERIDONE	10MG COMPRIMÉ	2018-03-02
02446146	UNK	BIO-IRBESARTAN	75MG COMPRIMÉ	2018-03-20
02446154	UNK	BIO-IRBESARTAN	150MG COMPRIMÉ	2018-03-20
02446162	UNK	BIO-IRBESARTAN	300MG COMPRIMÉ	2018-03-20
02447266	BMI	BIO-MOXIFLOXACIN	400MG COMPRIMÉ	2018-03-02
02449927	BMI	BIO-OMEPRAZOLE	20MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)	2018-03-02
02445867	BMI	BIO-PANTOPRAZOLE	40MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)	2018-03-02
02444917	BMI	BIO-PAROXETINE	20MG COMPRIMÉ	2018-03-20
02444909	BMI	BIO-PAROXETINE	10MG COMPRIMÉ	2018-03-20
02444925	BMI	BIO-PAROXETINE	30MG COMPRIMÉ	2018-03-20
02446286	BMI	BIO-PRAVASTATIN	40MG COMPRIMÉ	2018-03-22
02446251	BMI	BIO-PRAVASTATIN	10MG COMPRIMÉ	2018-03-22
02446278	BMI	BIO-PRAVASTATIN	20MG COMPRIMÉ	2018-03-22
02444976	BMI	BIO-ROSUVASTATIN	10MG COMPRIMÉ	2018-03-22
02444992	BMI	BIO-ROSUVASTATIN	40MG COMPRIMÉ	2018-03-22
02444968	BMI	BIO-ROSUVASTATIN	5MG COMPRIMÉ	2018-03-22
02444984	BMI	BIO-ROSUVASTATIN	20MG COMPRIMÉ	2018-03-22
02445050	BMI	BIO-SERTRALINE	50MG CAPSULE	2018-03-20
02445042	BMI	BIO-SERTRALINE	25MG CAPSULE	2018-03-20
02445069	BMI	BIO-SERTRALINE	100MG CAPSULE	2018-03-20
02419157	PFI	BOSULIF	500MG COMPRIMÉ	2018-04-18
02419149	PFI	BOSULIF	100MG COMPRIMÉ	2018-04-18
02466120	SAN	CLARITHROMYCIN	250MG COMPRIMÉ	2018-03-02
80013189	DDP	DDROPS BOOSTER	15MCG LIQUIDE	2018-01-01
99501008	UNK	DILTIAZEM DANS ONGUENT	ONGUENT	2018-04-10
02243961	JSO	DITROPAN XL	10MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)	2018-04-19
02243960	JSO	DITROPAN XL	5MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION PROLONGEÉ)	2018-04-19
09991563	UNK	EAU STERILE PF SERINGUE	SERINGUE	2018-03-12
02462877	SDZ	ERELZI	25MG SOLUTION	2018-02-23
02462869	SDZ	ERELZI	50MG SOLUTION	2018-02-23
02462850	SDZ	ERELZI	50MG SOLUTION	2018-02-23
02464489	HLR	ESBRIET	267MG COMPRIMÉ	2018-03-05
02464500	HLR	ESBRIET	801MG COMPRIMÉ	2018-03-05
02238578	LEO	FUCIDIN H	2% & 1% CRÈME	2018-02-05

Les médicaments suivants ont été ajoutés à la liste de médicaments du Programme des SSNA depuis la dernière publication de cette liste. Certains de ces médicaments peuvent avoir des critères d'utilisation spécifiques. Veuillez consulter l'annexe A pour obtenir ces critères d'utilisation.

DIN	FAB	Nom de marque	Teneur et forme pharmaceutique	Date ajoutée
02411008	GLK	GABAPENTIN	800MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION IMMÉDIATE)	2018-03-19
99507002	UNK	GOUTTES OPHTHALMIQUE ANTIBIOTIQUE	SOLUTION OPHTALMIQUE	2018-04-27
99507001	UNK	GOUTTES OPHTHALMIQUE ANTIFONGIQUE	SOLUTION OPHTALMIQUE	2018-04-27
99507003	UNK	GOUTTES OPHTHALMIQUE ANTIVIRAUX	SOLUTION OPHTALMIQUE	2018-04-27
02456958	UNK	HEPARIN SODIUM	5000U SOLUTION	2018-01-29
02453150	PFI	IBRANCE	75MG CAPSULE	2018-04-18
02453177	PFI	IBRANCE	125MG CAPSULE	2018-04-18
02453169	PFI	IBRANCE	100MG CAPSULE	2018-04-18
02434407	JSO	IMBRUVICA	140MG CAPSULE	2018-03-07
02389649	PFI	INLYTA	5MG COMPRIMÉ	2018-04-18
02389630	PFI	INLYTA	1MG COMPRIMÉ	2018-04-18
02456001	JSO	INVEGA TRINZA	525MG SUSPENSION (LIBÉRATION PROLONGEÉ)	2018-03-21
02455994	JSO	INVEGA TRINZA	350MG SUSPENSION (LIBÉRATION PROLONGEÉ)	2018-03-21
02455986	JSO	INVEGA TRINZA	263MG SUSPENSION (LIBÉRATION PROLONGEÉ)	2018-03-21
02455943	JSO	INVEGA TRINZA	175MG SUSPENSION (LIBÉRATION PROLONGEÉ)	2018-03-21
02388006	NVR	JAKAVI	5MG COMPRIMÉ	2018-02-08
02388014	NVR	JAKAVI	15MG COMPRIMÉ	2018-02-08
02388022	NVR	JAKAVI	20MG COMPRIMÉ	2018-02-08
02434814	NVR	JAKAVI	10MG COMPRIMÉ	2018-02-08
80061501	MAN	JAMP-HYDROCORTISONE UREA	1% CRÈME	2018-03-22
02468034	MAN	M-AMLODIPINE	10MG COMPRIMÉ	2018-03-22
02468026	MAN	M-AMLODIPINE	5MG COMPRIMÉ	2018-03-22
02468018	MAN	M-AMLODIPINE	2.5MG COMPRIMÉ	2018-03-22
02462796	MAR	MAR-RIZATRIPTAN ODT	10MG COMPRIMÉ (DISSOLUTION ORALE)	2018-04-30
02462788	MAR	MAR-RIZATRIPTAN ODT	5MG COMPRIMÉ (DISSOLUTION ORALE)	2018-04-24
02467453	MAN	M-DONEPEZIL	5MG COMPRIMÉ	2018-03-22
02467461	MAN	M-DONEPEZIL	10MG COMPRIMÉ	2018-03-22
02467437	MAN	M-EZETIMIBE	10MG COMPRIMÉ	2018-03-22
02460289	DUI	MICTORYL PEDIATRIC	5MG COMPRIMÉ	2018-04-30
02467372	MAN	M-PANTOPRAZOLE	40MG COMPRIMÉ (LIBÉRATION RETARDÉE)	2018-03-02
02467291	MAN	M-PREGABALIN	25MG CAPSULE	2018-03-22
02467321	MAN	M-PREGABALIN	150MG CAPSULE	2018-03-22
02467313	MAN	M-PREGABALIN	75MG CAPSULE	2018-03-22
02467305	MAN	M-PREGABALIN	50MG CAPSULE	2018-03-22
02408201	MYL	MYLAN-PERINDOPRIL/INDAPAMIDE	8MG & 2.5MG COMPRIMÉ	2018-04-25
02457164	MYL	MYLAN-PROPAFENONE	300MG COMPRIMÉ	2018-03-02
02457172	MYL	MYLAN-PROPAFENONE	150MG COMPRIMÉ	2018-03-02
09991564	UNK	NACL SALINE PF SERINGUE	SERINGUE	2018-03-12
02458187	UNK	NARCAN	4MG VAPORISATEUR	2018-03-20
02449781	GSK	NUCALA	100MG POUDRE POUR SOLUTION	2018-04-19
02249685	OMG	PAMIDRONATE DISODIUM OMEGA	9MG SOLUTION	2018-04-01
02470004	PMS	PHARMA-SIMVASTATIN	40MG COMPRIMÉ	2018-03-20

Les médicaments suivants ont été ajoutés à la liste de médicaments du Programme des SSNA depuis la dernière publication de cette liste. Certains de ces médicaments peuvent avoir des critères d'utilisation spécifiques. Veuillez consulter l'annexe A pour obtenir ces critères d'utilisation.

DIN	FAB	Nom de marque	Teneur et forme pharmaceutique	Date ajoutée
02469995	PMS	PHARMA-SIMVASTATIN	20MG COMPRIMÉ	2018-03-20
02440385	PMS	PMS-AMPHETAMINES XR	3.75MG & 3.75MG & 3.75MG & 3.75MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)	2018-02-06
02440377	PMS	PMS-AMPHETAMINES XR	2.5MG & 2.5MG & 2.5MG & 2.5MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)	2018-02-06
02440393	PMS	PMS-AMPHETAMINES XR	5MG & 5MG & 5MG & 5MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)	2018-02-06
02440407	PMS	PMS-AMPHETAMINES XR	6.25MG & 6.25MG & 6.25MG & 6.25MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)	2018-02-06
02440415	PMS	PMS-AMPHETAMINES XR	7.5MG & 7.5MG & 7.5MG & 7.5MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)	2018-02-06
02440369	PMS	PMS-AMPHETAMINES XR	1.25MG & 1.25MG & 1.25MG & 1.25MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)	2018-02-06
02470675	PMS	PMS-PERINDOPRIL	2MG COMPRIMÉ	2018-04-13
02470691	PMS	PMS-PERINDOPRIL	8MG COMPRIMÉ	2018-04-01
02470683	PMS	PMS-PERINDOPRIL	4MG COMPRIMÉ	2018-04-13
80008566	PDL	PROCALD 400	10µG CAPLET	2018-03-20
99101405	UNK	PROCYCLIDINE (PQ)	5MG CAPSULE	2018-02-01
02459779	AMG	REPATHA	120MG SOLUTION	2018-02-05
02446057	AMG	REPATHA	140MG SOLUTION	2018-02-05
02457342	SDZ	SANDOZ AMPHETAMINE XR	7.5MG & 7.5MG & 7.5MG & 7.5MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)	2018-02-06
02457288	SDZ	SANDOZ AMPHETAMINE XR	1.25MG & 1.25MG & 1.25MG & 1.25MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)	2018-02-06
02457296	SDZ	SANDOZ AMPHETAMINE XR	2.5MG & 2.5MG & 2.5MG & 2.5MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)	2018-02-06
02457318	SDZ	SANDOZ AMPHETAMINE XR	3.75MG & 3.75MG & 3.75MG & 3.75MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)	2018-02-06
02457334	SDZ	SANDOZ AMPHETAMINE XR	6.25MG & 6.25MG & 6.25MG & 6.25MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)	2018-02-06
02457326	SDZ	SANDOZ AMPHETAMINE XR	5MG & 5MG & 5MG & 5MG CAPSULE (LIBÉRATION PROLONGEÉ)	2018-02-06
02470225	SDZ	SANDOZ PERINDOPRIL ERBUMINE	2MG COMPRIMÉ	2018-04-30
02470241	SDZ	SANDOZ PERINDOPRIL ERBUMINE	8MG COMPRIMÉ	2018-04-30
02470233	SDZ	SANDOZ PERINDOPRIL ERBUMINE	4MG COMPRIMÉ	2018-04-30
02470438	SDZ	SANDOZ PERINDOPRIL ERBUMINE/ INDAPAMIDE	4MG & 1.25MG COMPRIMÉ	2018-04-30
02470446	SDZ	SANDOZ PERINDOPRIL ERBUMINE/ INDAPAMIDE HD	8MG & 2.5MG COMPRIMÉ	2018-04-30
02469642	JMP	SERTRALINE	100MG CAPSULE	2018-03-02
02469626	JMP	SERTRALINE	25MG CAPSULE	2018-03-02
02469634	JMP	SERTRALINE	50MG CAPSULE	2018-03-15
99401078	SMW	SN IV3000 1-HAND TRANS PANS		2018-02-01
02403390	BAY	STIVARGA	40MG COMPRIMÉ	2018-04-18
02466074	TAR	TARO-ACITRETIN	10MG CAPSULE	2018-04-12
02315874	NVR	TASIGNA	200MG CAPSULE	2018-03-16
02368250	NVR	TASIGNA	150MG CAPSULE	2018-03-16
02465949	TEV	TEVA-BUDESONIDE	0.125MG SUSPENSION	2018-04-30
02465957	TEV	TEVA-BUDESONIDE	0.5MG SUSPENSION	2018-03-29
02465000	TEV	TEVA-PERINDOPRIL	8MG COMPRIMÉ	2018-04-01
02464993	TEV	TEVA-PERINDOPRIL	4MG COMPRIMÉ	2018-04-13
02464985	TEV	TEVA-PERINDOPRIL	2MG COMPRIMÉ	2018-04-13
02464039	TEV	TEVA-PERINDOPRIL/INDAPAMIDE	8MG & 2.5MG COMPRIMÉ	2018-04-30
02464020	TEV	TEVA-PERINDOPRIL/INDAPAMIDE	4MG & 1.25MG COMPRIMÉ	2018-04-30

Les médicaments suivants ont été ajoutés à la liste de médicaments du Programme des SSNA depuis la dernière publication de cette liste. Certains de ces médicaments peuvent avoir des critères d'utilisation spécifiques. Veuillez consulter l'annexe A pour obtenir ces critères d'utilisation.

DIN	FAB	Nom de marque	Teneur et forme pharmaceutique	Date ajoutée
00915312	UNK	THERAPIE L'AFFIRMATION DU GENRE	INJECTION	2018-01-17
00915311	UNK	THERAPIE L'AFFIRMATION DU GENRE TOPIQUE	LIQUIDE	2018-01-17
02451220	ACN	UPTRAVI	1600MCG COMPRIMÉ	2018-04-04
02451158	ACN	UPTRAVI	200MCG COMPRIMÉ	2018-04-04
02451166	ACN	UPTRAVI	400MCG COMPRIMÉ	2018-04-04
02451174	ACN	UPTRAVI	600MCG COMPRIMÉ	2018-04-04
02451182	ACN	UPTRAVI	800MCG COMPRIMÉ	2018-04-04
02451190	ACN	UPTRAVI	1000MCG COMPRIMÉ	2018-04-04
02451212	ACN	UPTRAVI	1400MCG COMPRIMÉ	2018-04-04
02451204	ACN	UPTRAVI	1200MCG COMPRIMÉ	2018-04-04
80012952	JAM	VITAMIN B12 SUBLINGUAL	1000MCG COMPRIMÉ	2018-02-09
02467542	GIL	VOSEVI	400MG & 100MG & 100MG COMPRIMÉ	2018-03-29
02384256	PFI	XALKORI	200MG CAPSULE	2018-04-18

INDEX ALPHABÉTIQUE DES PRODUITS MÉDICAMENTS

ACIDE FOLIQUE 150
BD AUTOSHIELD 29GX8MM AIGUILLE 162
BD LUER-LOK TIP SERINGUE 166
24 HOUR ALLERGY REMEDY 1
3TC 11
AA-CLOZAPINE 87
AAS 65
AAS COMPRIMÉ 65
AAS DOSE FAIBLE PRAXIS 65
AAS EC 65
AAS FAIBLE DOSE 65
AAS FAIBLE DOSE QUOTIDIENNE 65
AA-TRIMEBUTINE 31
ABACAVIR (SULFATE D'), LAMIVUDINE 10
ABACAVIR SULFATE 10
ABACAVIR SULFATE, LAMIVUDINE 10
ABACAVIR SULFATE, LAMIVUDINE, DOLUTEGRAVIR SODIUM 10
ABACAVIR SULFATE, LAMIVUDINE, ZIDOVUDINE 10
ABATACEPT 157
ABENOL 74
ABILIFY 86
ABILIFY MAINTENA 86
ABIRATERONE (ACETATE DE) 17
ACAMPROSATE CALCIQUE 102
ACARBOSE 132
ACCEL PIOGLITAZONE 136
ACCEL-CANDESARTAN 59
ACCEL-CANDESARTAN/HCTZ 59
ACCEL-CITALOPRAM 81
ACCEL-DONEPEZIL 28
ACCEL-TOPIRAMATE 80
ACCU-CHEK ADVANTAGE BANDELETTE 105
ACCU-CHEK AVIVA BANDELETTE 105
ACCU-CHEK COMPACT BANDELETTE 105
ACCU-CHEK FASTCLIK LANCETTE 165
ACCU-CHEK GUIDE BATONNET 105
ACCU-CHEK GUIDE BATONNET (ON) 105
ACCU-CHEK GUIDE BATONNET (SK) 105
ACCU-CHEK MOBILE BANDELETTE 105
ACCU-CHEK MOBILE CASSETTE BAND 105
ACCU-CHEK MULTICLIX LANCETTE 165
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETTE 165
ACCUPRIL 57
ACCURETIC 57
ACCUTANE ROCHE 147
ACCUTREND GLUCOSE BANDELETTE 105
ACEBUTOLOL 49
ACÉNOCOUMAROL 37
ACET 74
ACET 120 74
ACET 325 74
ACET 650 74
ACET CODEINE 30 68
ACÉTABUTOLOL (CHLORHYDRATE D') 49
ACETAMINOPHÈENE 74
ACETAMINOPHÈNE 73
ACÉTAMINOPHÈNE 73
ACETAMINOPHÈNE BLASON SHIELD 74
ACÉTAMINOPHÈNE, CAFÉINE CITRATE, CODÉINE (PHOSPHATE DE) 68
ACÉTAMINOPHÈNE, CODÉINE (PHOSPHATE DE) 68
ACÉTAMINOPHÈNE, OXYCODONE (CHLORHYDRATE DE) 69
ACETAZOLAMIDE 117
ACÉTAZOLAMIDE 117
ACH-ALENDRONATE 156
ACH-ANASTROZOLE 17
ACH-BICALUTAMIDE 17
ACH-CANDESARTAN 59
ACH-CAPECITABINE 18
ACH-ESCITALOPRAM 83
ACH-FINASTERIDE 155
ACH-FLUOXETINE 83
ACH-LETROZOLE 21
ACH-MYCOPHENOLATE 160
ACH-PIOGLITAZONE 136
ACH-TELMISARTAN HCTZ 62
ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE 65
ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE, OXYCODONE (CHLORHYDRATE DE) 69
ACIDE ASCORBIQUE 150
ACIDE ASCORBIQUE 150
ACIDE ÉTHACRYNIQUE 109
ACIDE FOLIQUE 150
ACIDE FOLIQUE 150
ACIDE FOLIQUE WAMPOLE 150
ACIDE FUSIDIQUE 141
ACIDE FUSIDIQUE, HYDROCORTISONE (ACÉTATE D') 141
ACIDE MÉFÉNAMIQUE 65
ACIDE MÉFÉNAMIQUE 65
ACIDE NICOTINIQUE 150
ACIDE SALICYLIQUE 146
ACIDE SALICYLIQUE DANS CORTICOSTÉROIDE 143
ACIDE SALICYLIQUE DANS ONG NON-MÉDICINAL 143
ACIDE TIAPROFÉNIQUE 65
ACIDE TRANEXAMIQUE 41
ACIDE VALPROÏQUE (DIVALPROEX SODIQUE) 76
ACIDE VALPROÏQUE (SODIQUE VALPROATE) 76
ACITRÉTINE 146
ACLASTA 157
ACLIDINIUM BROMIDE 30
ACLIDINIUM BROMIDE, FORMOTÉROL (FUMARATE DIHYDRATÉ) 31
ACT ALENDRONATE 156
ACT AMLODIPINE 52
ACT AMPHETAMINE XR 93
ACT ANASTROZOLE 17
ACT ATENOLOL 50
ACT AZITHROMYCIN 3
ACT BETAHISTINE 103
ACT BICALUTAMIDE 17
ACT BOSENTAN 49
ACT BUPRENORPHINE/NALOXONE 73
ACT BUPROPION XL 81
ACT CABERGOLINE 101
ACT CANDESARTAN 59
ACT CANDESARTAN/HCT 59
ACT CELECOXIB 65
ACT CIPROFLOXACIN 6
ACT CITALOPRAM 81
ACT CLARITHROMYCIN XL 4
ACT CLOPIDOGREL 39
ACT DEXTROAMPHETAMINE SR 93
ACT DICLO-MISO 67
ACT DILTIAZEM CD 54
ACT DILTIAZEM T 54
ACT DONEPEZIL 28
ACT DORZOTIMOLOL 117
ACT DUTASTERIDE 155
ACT ENALAPRIL 55
ACT ESCITALOPRAM 83
ACT ESCITALOPRAM ODT 83
ACT ETIDROCAL 157
ACT ETIDRONATE 157
ACT EXEMESTANE 20
ACT EZETIMIBE 42
ACT FAMCICLOVIR 13
ACT FINASTERIDE 155
ACT FLUCONAZOLE 9
ACT FLUOXETINE 83
ACT FLUVOXAMINE 83
ACT GABAPENTIN 77
ACT IRBESARTAN 60
ACT IRBESARTAN/HCT 60
ACT LATANOPROST 117
ACT LATANOPROST/TIMOLOL 117
ACT LEVETIRACETAM 78
ACT LEVOFLOXACIN 6
ACT LISINOPRIL 56
ACT LOSARTAN 61
ACT LOSARTAN/HCT 61
ACT LOVASTATIN 44
ACT MELOXICAM 67
ACT METFORMIN 132
ACT MOXIFLOXACIN 114
ACT NABILONE 123
ACT OLANZAPINE 88
ACT OLANZAPINE ODT 89
ACT OLMESARTAN 62
ACT OLMESARTAN HCT 62
ACT OLOPATADINE 114
ACT ONDANSETRON 122
ACT PANTOPRAZOLE 125
ACT PAROXETINE 84
ACT PIOGLITAZONE 136
ACT PRAMIPEXOLE 101
ACT PRAVASTATIN 44
ACT PREGABALIN 79
ACT QUETIAPINE 90
ACT RALOXIFENE 132
ACT RAMIPRIL 58
ACT RANITIDINE 123
ACT REPAGLINIDE 134
ACT RISPERIDONE 91
ACT RIZATRIPTAN 98
ACT RIZATRIPTAN ODT 98
ACT ROPINIROLE 101
ACT ROSUVASTATIN 45
ACT SERTRALINE 85
ACT SIMVASTATIN 45
ACT SOLIFENACIN 148
ACT SUMATRIPTAN 99
ACT TELMISARTAN 62
ACT TELMISARTAN/HCT 62
ACT TEMOZOLOMIDE 26
ACT TERBINAFINE 9

ACT TOPIRAMATE 80
ACT VALSARTAN 63
ACT VENLAFAXINE XR 86
ACTEMRA 159
ACTONEL 157
ACULAR 116
ACUVAIL 115
ACYCLOVIR 13
ADALAT XL 54
ADALIMUMAB 158
ADAPALÈNE 146
ADCIRCA 48
ADDERALL XR 93
ADÉFOVIR DIPIVOXIL 13
ADEMPAS 112
ADRENALIN 34
ADVAGRAF 161
ADVAIR 100 DISKUS 33
ADVAIR 125 33
ADVAIR 250 33
ADVAIR 250 DISKUS 33
ADVAIR 500 DISKUS 33
ADVIL 67
ADVIL ENFANTS 67
ADVIL GOUTTES PÉDIATIRQUES 67
AERIUS 1
AERIUS POUR ENFANTS 1
AEROCHAMBRE AC BOYZ 162
AEROCHAMBRE AC GIRLZ 162
AEROCHAMBRE PLUS FLOW-VU GRAND 162
AEROCHAMBRE PLUS FLOW-VU MOUTH 162
AEROCHAMBRE PLUS FLOW-VU PETIT 162
AEROTRACH PLUS 162
AFATINIB DIMALEATE 17
AFINITOR 20
AFINITOR DISPERZ 20
AFLIBERCEPT 118
AGENT ÉPAISSISSANT 168
AGGRENOX 49
AGRYLIN 39
AG-ZOLMITRIPTAN ODT 99
AIGSTYLO INSULINE 31GX6MM 162
AIGSTYLO INSULINE 31GX8MM 163
AIGSTYLO INSULINE 32GX4MM 163
AIGSTYLO INSULINE 32GX6MM 163
AIGSTYLO INSULINE 32GX8MM 163
AIGUILLE BD BUTTERFLY 21G 163
AIGUILLE STYLO 162
AIGUILLE STYLO BD U-FINE NANO 163
AIGUILLE STYLO U-FINE III 162
AIROMIR 33
ALBALON 116
ALCOOL ISOPROPYLIQUE 142
ALCOOL POLYVINYLIQUE 118
ALDACTAZIDE 110
ALDACTAZIDE LIQUIDE ORALE 64
ALDACTONE 64
ALDARA P 147
ALENDRONATE 156
ALENDRONATE SODIQUE 156
ALENDRONATE SODIQUE, CHOLÉCALCIFÉROL 156
ALENDRONATE-70 156
ALERTEC 94
ALESSE 21 130
ALESSE 28 130
ALFACALCIDOL 151
ALFUZOSIN 34
ALFUZOSINE (CHLORHYDRATE D') 34
ALKERAN 22
ALLEGRA 12 HEURES 1
ALLEGRA 24 HEURES 1
ALLER-AIDE 1
ALLERGY 1
ALLERGY ELIXIR 1
ALLERGY EXTRA STRENGTH 1
ALLERGY FORMULA 1
ALLERJECT 33
ALLERNIX 1
ALLERNIX ELIXIR 1
ALLERNIX EXTRA STRENGTH 1
ALLERNIX MULTI SYMPTOM 1
ALLERTIN 1
ALLOPURINOL 155
ALLOPURINOL 155
ALLOPURINOL LIQUIDE ORALE 156
ALMOTRIPTAN 98
ALMOTRIPTAN (MALATE DE) 98
ALOCRIL 114
ALOMIDE 114
ALPHAGAN 116
ALPHAGAN P 116
ALPRAZOLAM 95
ALPRAZOLAM 95
ALTACE 58
ALTACE HCT 58
ALVESCO 129
ALYSENA 21 130
ALYSENA 28 130
AMANTADINE (CHLORHYDRATE D') 10
AMBRISENTAN 48
AMCINONIDE 143
AMERGE 98
AMI-HYDRO 109
AMIKACIN SULFATE 2
AMIKACINE (SULFATE DE) 2
AMILORIDE 109
AMILORIDE, HYDROCHLOROTHIAZIDE 109
AMIODARONE 42
AMIODARONE (CHLORHYDRATE D') 42
AMIODARONE LIQUIDE ORALE 42
AMITRIPTYLINE 80
AMITRIPTYLINE (CHLORHYDRATE D') 80
AMLODIPINE 52
AMLODIPINE BESYLATE 52
AMLODIPINE BESYLATE, ATORVASTATINE CALCIQUE 53
AMLODIPINE BESYLATE, TELMISARTAN 53
AMLODIPINE LIQUIDE ORALE 53
AMOXICILLIN 4
AMOXICILLIN (SUGAR REDUCED) 4
AMOXICILLINE 4
AMOXICILLINE, CLARITHROMYCINE, LANSOPRAZOLE 124
AMOXICILLINE, CLAVULANIC (ACIDE) 5
AMOXI-CLAV 5
AMPHÉTAMINES, DEXTROAMPHÉTAMINE 93
AMPICILLIN 5
AMPICILLIN SODIUM 5
AMPICILLINE 5
AMPICILLINE INFUSION STERILE 5
ANAFRANIL 82
ANAGRELIDE (CHLORHYDRATE D') 39
ANANDRON 23
ANAPROX 68
ANAPROX DS 68
ANASTROZOLE 17
ANASTROZOLE 17
ANDROCUR 161
ANETHOLE TRITHIONE 118
ANODAN-HC 144
ANORO ELLIPTA 31
ANTAGONISTES DU CALCIUM DANS ONGUENT 153
ANTIACIDE ET LIDOCAINE EN LIQUIDE ORALE 153
ANTIBIOTIC OINT 141
ANUGESIC HC 145
ANUSOL HC 144
APC-ACETAMINOPHÉENE 74
APIDRA CARTRIDGE 134
APIDRA SOLOSTAR 134
APIDRA VIAL 134
APIXABAN 38
APO AMPI 5
APO CARBAMAZEPINE 76
APO CHLORTHALIDONE 110
APO CIMETIDINE 123
APO DIAZEPAM 96
APO DILTIAZ 54
APO DIMENHYDRINATE 122
APO FOLIC ACID 150
APO FUROSEMIDE 109
APO GLYBURIDE 135
APO HALOPERIDOL 87
APO HYDRO 109
APO HYDROXYZINE 97
APO IBUPROFEN 67
APO INDOMETHACIN 67
APO METHAZIDE 47
APO METOPROLOL 51
APO METOPROLOL (TYPE L) 51
APO NAPROXEN 67
APO OXAZEPAM 97
APO OXTRIPHYLLINE 149
APO PEN VK 5
APO PIROXICAM 68
APO PREDNISONE 130
APO PROPRANOLOL 52
APO SULFAMETHOXAZOLE 7
APO SULFATRIM 7
APO SULFATRIM DS 7
APO SULFATRIM PEDIATRIC 7
APO TRIAZIDE 109
APO-AAS 65
APO-ABACAVIR 10
APO-ABACAVIR-LAMIVUDINE 10
APO-ABACAVIR-LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE 10
APO-ACEBUTOLOL 50

APO-ACETAMINOPHÉENE	74	APO-DEXAMETHASONE	129	APO-LAMIVUDINE HBV	11
APO-ACETAMINOPHENE	74	APO-DICLO	66	APO-LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE	11
APO-ACYCLOVIR	13	APO-DICLO SR	66	APO-LAMOTRIGINE	78
APO-ADEFOVIR	13	APO-DICLOFENAC	66	APO-LANSOPRAZOLE	124
APO-ALENDRONATE	156	APO-DILTIAZ CD	54	APO-LATANOPROST	117
APO-ALENDRONATE/VITAMIN D3	156	APO-DILTIAZ SR	54	APO-LATANOPROST-TIMOP	117
APO-ALFUZOSIN	34	APO-DIPIVEFRIN	116	APO-LEFLUNOMIDE	159
APO-ALLOPURINOL	155	APO-DIPYRIDAMOLE	49	APO-LETROZOLE	21
APO-ALMOTRIPTAN	98	APO-DIVALPROEX	76	APO-LEVETIRACETAM	78
APO-ALPRAZ	95	APO-DOMPERIDONE	126	APO-LEVOBUNOLOL	116
APO-AMILZIDE	109	APO-DONEPEZIL	28	APO-LEVOCARB	100
APO-AMIODARONE	42	APO-DORZO-TIMOP	117	APO-LEVOFLOXACIN	6
APO-AMITRIPTYLINE	80	APO-DOXAZOSIN	49	APO-LINEZOLID	8
APO-AMLODIPINE	52	APO-DOXY	7	APO-LISINOPRIL	56
APO-AMLODIPINE-ATORVASTATIN	53	APO-DULOXETINE	82	APO-LITHIUM CARBONATE	98
APO-AMOXI	4	APO-DUTASTERIDE	155	APO-LOPERAMIDE	120
APO-AMOXI CLAV	5	APO-EMTRICITABINE-TENOFOVIR	12	APO-LORATADINE	1
APO-AMOXI SUGAR FREE	5	APO-ENALAPRIL	55	APO-LORAZEPAM	96
APO-ANASTROZOLE	17	APO-ENTECAVIR	13	APO-LOSARTAN	61
APO-ASA LD	65	APO-ERLOTINIB	19	APO-LOSARTAN/HCTZ	61
APO-ATENIDONE	50	APO-ESCITALOPRAM	83	APO-LOVASTATIN	44
APO-ATENOL	50	APO-EXEMESTANE	20	APO-MEDROXY	137
APO-ATOMOXETINE	102	APO-EZETIMIBE	42	APO-MELOXICAM	67
APO-ATORVASTATIN	43	APO-FAMCICLOVIR	13	APO-METFORMIN	132
APO-AZATHIOPRINE	159	APO-FAMOTIDINE	123	APO-METHOTREXATE	22
APO-AZITHROMYCIN	3	APO-FELODIPINE	53	APO-METHYLPHENIDATE	94
APO-BACLOFEN	34	APO-FENOFIBRATE	43	APO-METHYLPHENIDATE ER	94
APO-BECLOMETHASONE	115	APO-FENO-MICRO	43	APO-METHYLPHENIDATE SR	94
APO-BENZYDAMINE	116	APO-FENO-SUPER	43	APO-METOCLOP	126
APO-BICALUTAMIDE	17	APO-FENTANYL MATRIX	70	APO-METOPROLOL	51
APO-BISACODYL	120	APO-FERROUS GLUCONATE	37	APO-METOPROLOL (TYPE L)	51
APO-BISOPROLOL	50	APO-FINASTERIDE	155	APO-METOPROLOL SR	51
APO-BOSENTAN	49	APO-FLECAINIDE	42	APO-METRONIDAZOLE	16
APO-BRIMONIDINE	116	APO-FLUCONAZOLE	9	APO-MINOCYCLINE	7
APO-BROMAZEPAM	95	APO-FLUOXETINE	83	APO-MIRTAZAPINE	84
APO-BUSPIRONE	97	APO-FLURBIPROFÈNE	66	APO-MODAFINIL	94
APO-CABERGOLINE	101	APO-FLUTAMIDE	20	APO-MOMETASONE	115
APOCAL	107	APO-FLUTICASONE	115	APO-MONTELUKAST	112
APO-CANDESARTAN	59	APO-FLUVOXAMINE	83	APO-MOXIFLOXACIN	7
APO-CANDESARTAN/HCTZ	59	APO-FOSINOPRIL	56	APO-MYCOPHENOLATE	160
APO-CAPTO	55	APO-GABAPENTIN	77	APO-MYCOPHENOLIC ACID	160
APO-CARVEDILOL	50	APO-GEMFIBROZIL	43	APO-NALTREXONE	75
APO-CEFACLOR	2	APO-GLICLAZIDE	135	APO-NAPRO-NA	68
APO-CEFADROXIL	2	APO-GLICLAZIDE MR	135	APO-NAPRO-NA DS	68
APO-CEFPROZIL	2	APO-GRANISETRON	122	APO-NAPROXEN	68
APO-CEFUROXIME	3	APO-HALOPERIDOL	87	APO-NAPROXEN EC	68
APO-CELECOXIB	65	APO-HYDRALAZINE	47	APO-NEVIRAPINE XR	11
APO-CEPHALEX	3	APO-HYDRO	109	APO-NIFED PA	54
APO-CETIRIZINE	1	APO-HYDROMORPHONE	71	APO-NITROGLYCERIN	48
APO-CILAZAPRIL	55	APO-HYDROXYQUINE	15	APO-NORTRIPTYLINE	84
APO-CILAZAPRIL/HCTZ	55	APO-HYDROXYUREA	20	APO-OFLOXACIN	114
APO-CIMETIDINE	123	APO-IBUPROFEN	67	APO-OLANZAPINE	88
APO-CIPROFLOX	6	APO-IMATINIB	20	APO-OLANZAPINE ODT	89
APO-CITALOPRAM	81	APO-IMIQUIMOD	147	APO-OLMESARTAN	62
APO-CLARITHROMYCIN	4	APO-INDAPAMIDE	110	APO-OLMESARTAN/HCTZ	62
APO-CLARITHROMYCIN XL	4	APO-IPRAVENT	30	APO-OLOPATADINE	114
APO-CLINDAMYCIN	7	APO-IRBESARTAN	60	APO-OMEPRAZOLE	124
APO-CLOBAZAM	75	APO-IRBESARTAN/HCTZ	60	APO-ONDANSETRON	122
APO-CLONAZEPAM	75	APO-ISMN	48	APO-OXYBUTYNIN	148
APO-CLONIDINE	47	APO-K	108	APO-OXYCODONE/ACET	69
APO-CLOPIDOGREL	39	APO-KETOCONAZOLE	9	APO-PANTOPRAZOLE	125
APO-CROMOLYN	112	APO-KETOROLAC	116	APO-PAROXETINE	84
APO-CYCLOBENZAPRINE	34	APO-LACTULOSE	107	APO-PERINDOPRIL	57
APO-CYCLOSPORINE	160	APO-LAMIVUDINE	11	APO-PERINDOPRIL-INDAPAMIDE	57

APO-PHENYTOIN SODIUM 76
APO-PINDOL 52
APO-PIOGLITAZONE 136
APO-PRAMIPEXOLE 101
APO-PRAVASTATIN 44
APO-PRAZO 49
APO-PREGABALIN 79
APO-PROCAINAMIDE 42
APO-PROPAFENONE 42
APO-QUETIAPINE 90
APO-QUINAPRIL 57
APO-QUINAPRIL/HCTZ 57
APO-RABEPRAZOLE 125
APO-RALOXIFENE 132
APO-RAMIPRIL 58
APO-RAMIPRIL/HCTZ 58
APO-RANITIDINE 123
APO-REPAGLINIDE 134
APO-RISEDRONATE 157
APO-RISPERIDONE 91
APO-RIVASTIGMINE 29
APO-RIZATRIPTAN 98
APO-RIZATRIPTAN RPD 98
APO-ROPINIROLE 101
APO-ROSIGLITAZONE 136
APO-ROSUVASTATIN 45
APO-SALVENT 33
APO-SALVENT CFC FREE 33
APO-SELEGILINE 102
APO-SERTRALINE 85
APO-SILDENAFIL R 48
APO-SIMVASTATIN 45
APO-SOTALOL 52
APO-SUCRALFATE 124
APO-SUMATRIPTAN 99
APO-TADALAFIL PAH 48
APO-TAMOX 26
APO-TAMSULOSIN 34
APO-TELMISARTAN 62
APO-TELMISARTAN/HCTZ 62
APO-TEMOZOLOMIDE 27
APO-TENOFOVIR 12
APO-TERAZOSIN 49
APO-TERBINAFINE 9
APO-TETRABENAZINE 103
APO-THEO-LA 149
APO-TIMOP 117
APO-TOLTERODINE 149
APO-TOPIRAMATE 80
APO-TRAVOPROST Z 118
APO-TRAZODONE 85
APO-TRAZODONE D 86
APO-TRIAMCINOLONE AQ 115
APO-VALACYCLOVIR 13
APO-VALGANCICLOVIR 14
APO-VALPROIC 76
APO-VALSARTAN 63
APO-VALSARTAN/HCTZ 63
APO-VENLAFAXINE XR 86
APO-VERAP 55
APO-VERAP SR 55
APO-VORICONAZOLE 9
APO-WARFARIN 39
APO-ZIDOVUDINE 12
APO-ZOLMITRIPTAN 99
APO-ZOLMITRIPTAN RAPID 99
APPAREIL D'ESPACEMENT 162
APPAREILS CONTRACEPTIFS 104
APRACLONIDINE (CHLORHYDRATE D') 118
APRÉPITANT 123
APRI 21 130
APRI 28 130
APTIOM 76
APTIVUS 12
AQUASOL E 152
AQUASOL VITAMINE E 152
ARAVA 159
ARGENT (SULFADIAZINE D') 142
ARICEPT 28
ARIMIDEX 17
ARIPIPRAZOLE 86
ARIPIPRAZOLE (MAINTENA) 86
ARISTOCORT C 145
ARISTOCORT R 145
ARNUITY ELLIPTA 115
AROMASIN 20
ARTHROTEC 67
ARTIFICIAL TEARS 118
ASA 65
ASACOL 126
ASAPHEN 65
ASAPHEN EC 65
ASCENSIA BREEZE 2 BANDELETTE 105
ASCENSIA CONTOUR BANDELETTE 105
ASENAPINE (MALÉATE DE) 87
ASMANEX TWISTHALER 129
ASPIRIN 65
ASPIRIN ENROBÉE 65
ATACAND 59
ATACAND PLUS 59
ATARAX 98
ATASOL 15 68
ATASOL 30 68
ATASOL FORT 74
ATAZANAVIR (SULFATE DE) 10
ATENOLOL 50
ATÉNOLOL 50
ATÉNOLOL, CHLORTHALIDONE 50
ATIVAN 96
ATIVAN SUBLINGUAL 96
ATOMOXETINE 102
ATOMOXETINE HYDROCHLORIDE 102
ATORVASTATIN 43
ATORVASTATIN-10 43
ATORVASTATIN-20 43
ATORVASTATIN-40 43
ATORVASTATIN-80 44
ATORVASTATINE CALCIQUE 43
ATOVAQUONE 16
ATRIPLA 11
ATROPINE 116
ATROPINE (SULFATE D') 116
ATROVENT 30
ATROVENT HFA 30
AURANOFINE 127
AURO-ABACAVIR/LAMIVUDINE 10
AURO-ALENDRONATE 156
AURO-ALFUZOSIN 34
AURO-AMLODIPINE 52
AURO-AMOXICILLIN 4
AURO-ATORVASTATIN 43
AURO-BETAHISTINE 103
AURO-CANDESARTAN HCT 59
AURO-CARVEDILOL 50
AURO-CEFIXIME 2
AURO-CEFPROZIL 2
AURO-CEFUROXIME 3
AURO-CELECOXIB 65
AURO-CIPROFLOXACIN 6
AURO-CITALOPRAM 81
AURO-CLINDAMYCIN 7
AURO-CLOPIDOGREL 39
AURO-CYCLOBENZAPRINE 34
AURO-DONEPEZIL 28
AURO-DULOXETINE 82
AURO-EFAVIRENZ 11
AURO-ENTECAVIR 13
AURO-ESCITALOPRAM 83
AURO-FINASTERIDE 155
AURO-FLECAINIDE 42
AURO-FLUOXETINE 83
AURO-GABAPENTIN 77
AURO-GALANTAMINE ER 29
AURO-IRBESARTAN 60
AURO-IRBESARTAN HCT 60
AURO-LAMIVUDINE/ZIDOVUDINE 11
AURO-LAMOTRIGINE 78
AURO-LEVETIRACETAM 78
AURO-LISINOPRIL 56
AURO-LOSARTAN 61
AURO-LOSARTAN HCT 61
AURO-MELOXICAM 67
AURO-METFORMIN 132
AURO-MIRTAZAPINE 84
AURO-MIRTAZAPINE OD 84
AURO-MODAFINIL 94
AURO-MONTELUKAST 112
AURO-MOXIFLOXACIN 7
AURO-NEVIRAPINE 11
AURO-OLANZAPINE ODT 89
AURO-OLMESARTAN 62
AURO-PANTOPRAZOLE 125
AURO-PAROXETINE 84
AURO-PERINDOPRIL 57
AURO-PRAMIPEXOLE 101
AURO-PREGABALIN 79
AURO-QUETIAPINE 90
AURO-RAMIPRIL 58
AURO-REPAGLINIDE 134
AURO-RISEDRONATE 157
AURO-RIZATRIPTAN 98
AURO-ROSUVASTATIN 45
AURO-SERTRALINE 85
AURO-SIMVASTATIN 45
AURO-SOLIFENACIN 148
AURO-TELMISARTAN 62
AURO-TELMISARTAN HCTZ 62
AURO-TENOFOVIR 12
AURO-TERBINAFINE 9
AURO-TOPIRAMATE 80
AURO-VALACYCLOVIR 13
AURO-VALGANCICLOVIR 14

AURO-VALSARTAN 63
AURO-VALSARTAN HCT 63
AURO-VENLAFAXINE XR 86
AUTRE D'USAGE RESTREINT MELANGE EXTERNE 153
AUTRE D'USAGE RESTREINT MELANGE INTERNE 153
AVALIDE 60
AVANDIA 136
AVAPRO 60
AVELOX 7
AVENTYL 84
AVIANE 21 130
AVIANE 28 130
AVODART 155
AXERT 98
AXID 123
AXITINIB 17
AZARGA 117
AZATHIOPRINE 159
AZATHIOPRINE LIQUIDE ORALE 159
AZATHIOPRINE-50 159
AZELAIC ACID 146
AZILSARTAN MEDOXOMIL 59
AZITHROMYCIN 3
AZITHROMYCINE 3
AZOPT 117
BABY DDROPS 151
BACIMYXIN ONGUENT 141
BACITIN 141
BACITRACINE (ZINC DE) 141
BACKORDER POUDRE INTERNE 153
BACKUP PLAN ONESTEP 131
BACLOFEN 34
BACLOFÈNE 34
BACLOFÈNE LIQUIDE ORALE 35
BACTERIOSTATIC SODIUM CHLORURE 108
BACTROBAN 141
BANZEL 80
BARACLUDE 13
BARRIERE 145
BASAGLAR 134
BATONNET ANALYSE D'URINE 106
BC CONTENANTS-OBJETS ACERES 163
BD 31G 6MM (0.3CC) SERINGUE & AIGUILLE 167
BD 31G 6MM (0.5CC) SERINGUE & AIGUILLE 167
BD 31G 6MM (1CC) SERINGUE & AIGUILLE 167
BD BLUNT 18GX 1 1/2 FILTRE 162
BD CONTENANTS-OBJETS ACERES 163
BD DUO SECURITE AIGUILLE STYLO 162
BD LUER-LOK TIP 18GX 1 1/2 SERINGUE 166
BD LUER-LOK TIP 22GX 1 1/2 SERINGUE 166
BD LUER-LOK TIP 25GX 1 1/2 SERINGUE 166
BD LUER-LOK TIP 25GX1 SERINGUE 166
BD LUER-LOK TIP 25GX5/8 SERINGUE 166
BD LUER-LOK TIP SERINGUE 165
BD MICRO-FINE 0.3CC SERINGUE 165
BD MICRO-FINE 28GX0.5CC SERINGUE 166
BD MICRO-FINE 28GX1CC SERINGUE 166
BD PRECISIONGLIDE 18GX1 1/2 165
BD PRECISIONGLIDE 18GX1 AIGUILLE 165
BD PRECISIONGLIDE 25GX1 AIGUILLE 162
BD SLIP TIP SERINGUE 166
BD TUBERCULIN 21GX1 SERINGUE 166
BD TUBERCULIN 25GX5/8 SERINGUE 166
BD TUBERCULIN 26GX3/8 SERINGUE 166
BD TUBERCULIN 27GX1/2 SERINGUE 166
BD ULTRA 29G 0.5CC SERINGUE 166
BD ULTRA 29G 1CC SERINGUE 166
BD ULTRAFINE 31G 5MM AIGUILLE 162
BD ULTRAFINE 31G 8MM AIGUILLE 163
BD ULTRAFINE 33G LANCETTE 165
BD ULTRA-FINE II 30GX0.5CC SERINGUE 166
BÉCLOMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE) 115
BEDUZIL 150
BENADRYL 1
BENADRYL CHILDRENS 1
BENAZEPRIL 55
BENAZÉPRIL (CHLORHYDRATE DE) 55
BENZACLIN 141
BENZAGEL 146
BENZAGEL 5 146
BENZAMYCIN 141
BENZODIAZÉPINE LIQUIDE ORALE 75
BENZOYLE (PEROXIDE DE) 146
BENZTROPINE (MÉSYLATE DE) 100
BENZTROPINE OMEGA 100
BENZYDAMINE (CHLORHYDRATE DE) 116
BETADERM 143
BETADINE 142
BETAGAN 116
BÉTAHISTINE (CHLORHYDRATE DE) 103
BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE) 143
BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE), ACIDE SALICYLIQUE 143
BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE), CLOTRIMAZOLE 141
BÉTAMÉTHASONE (PHOSPHATE SODIQUE DE) 126
BÉTAMÉTHASONE (VALÉRATE DE) 143
BETAXIN 150
BÉTAXOLOL (CHLORHYDRATE DE) 116
BÉTHANÉCOL (CHLORURE DE) 28
BETNESOL 126
BETOPTIC S 116
BEZAFIBRATE 43
BEZALIP SR 43
BG STAR BANDELETTE (100) 105
BG STAR BANDELETTE (ON) 105
BG STAR LANCETTE 165
BIAXIN 4
BIAXIN XL 4
BICALUTAMIDE 17
BICALUTAMIDE 17
BICILLIN 5
BIMATOPROST 117
BIO K-20 POTASSIUM 108
BIO-AMLODIPINE 52
BIO-ANASTROZOLE 17
BIO-ATENOLOL 50
BIOCALCIUM 107
BIOCALCIUMD 107
BIOCALD FORTE 107
BIO-CELECOXIB 65
BIO-CIPROFLOXACIN 6
BIO-CITALOPRAM 81
BIODERM 141
BIO-DOMPERIDONE 126
BIO-DONEPEZIL 28
BIO-FLUOXETINE 83
BIO-FUROSEMIDE 109
BIO-HYDROCHLOROTHIAZIDE 109
BIO-IRBESARTAN 60
BIO-LETROZOLE 21
BIO-LOSARTAN 61
BIO-MODAFINIL 94
BIO-MOXIFLOXACIN 7
BIO-OMEPRAZOLE 125
BIO-PANTOPRAZOLE 125
BIO-PAROXETINE 84
BIO-PRAVASTATIN 44
BIO-QUETIAPINE 90
BIO-ROSUVASTATIN 45
BIOSENNOSIDES 121
BIO-SERTRALINE 85
BI-PEGLYTE 121
BISACODYL 120
BISACODYL 120
BISACODYL-ODAN 120
BISMUTH 120
BISMUTH (SUBSALICYLATE DE) 120
BISMUTH SUBSALICYLATE 120
BISOPROLOL 50
BISOPROLOL (FUMARATE DE) 50
BLEPHAMIDE 115
BOSENTAN MONOHYDRATE 49
BOSULIF 18
BOSUTINIB 18
BOTOX 161
BOTOX FIOLE (ON) 161
BRENZYS 158
BREO ELLIPTA 31
BREVICON 0.5/35 (21 JOURS) 131
BREVICON 0.5/35 28 (28 JOURS) 131
BREVICON 1/35 (21 JOURS) 131
BREVICON 1/35 (28 JOURS) 131
BRICANYL TURBUHALER 33
BRILINTA 40
BRIMONIDINE (TARTRATE DE) 116
BRIMONIDINE P 116
BRINZOLAMIDE 117
BRINZOLAMIDE, BRIMONIDINE (TARTRATE DE) 117
BRINZOLAMIDE, TIMOLOL (MALÉATE DE) 117
BROMAZEPAM 95
BROMAZÉPAM 95
BROMOCRIPTINE 100
BROMOCRIPTINE (MÉSYLATE DE) 100
BUDÉSONIDE 115
BUDÉSONIDE, SODIUM (CHLORURE DE) 143
BUPRENORPHINE (CHLORHYDRATE DE), NALOXONE (CHLORHYDRATE 73
BUPROPION (CHLORHYDRATE DE) (WELLBUTRIN) 81

BUPROPION (CHLORHYDRATE DE) (ZYBAN) 81
BUPROPION SR 81
BUSCOPAN 30
BUSÉRÉLINE (ACÉTATE DE) 18
BUSPIRONE 97
BUSPIRONE (CHLORHYDRATE DE) 97
BUSULFAN 18
CABERGOLINE 101
CADUET 53
CAFÉINE CITRATE 95
CAL500 107
CALCIMAR 136
CALCIPOTRIOL 146
CALCIPOTRIOL, BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE) 143
CALCITE 500 D 400 107
CALCITE LIQUIDE D 400 107
CALCITONINE DE SAUMON (SYNTHÉTIQUE) 136
CALCITRIOL 151
CALCITRIOL-ODAN 151
CALCIUM 107
CALCIUM 107
CALCIUM & VITAMINE D AU CITRON 107
CALCIUM 500 107
CALCIUM 500 D 400 107
CALCIUM 500 VITAMINE D1000 107
CALCIUM 500 VITAMINE D400 107
CALCIUM CARBONATE 107
CALCIUM CARBONATE VITAMINE D 107
CALCIUM GLUCONATE,VIT D 107
CALCIUM WAMPOLE 107
CALCIUM, VITAMIN D 107
CALD 400 107
CALODAN D 400 107
CAMPRAL 102
CANAGLIFLOZINE 135
CANDESARTAN 59
CANDÉSARTAN (CILEXÉTIL DE) 59
CANDÉSARTAN (CILEXÉTIL DE), HYDROCHLOROTHIAZIDE 59
CANDESARTAN-HCT 59
CANDESARTAN-HCTZ 59
CANESORAL 9
CANESTEN 142
CANESTEN COMBI-PAK COMFORTAB 1 142
CANESTEN COMBI-PAK COMFORTAB 3 141
CANTHARIDINE, PODOPHYLLINE, ACIDE SALICYLIQUE 146
CANTHARONE PLUS 146
CAPÉCITABINE 18
CAPSAICIN 146
CAPSAÏCINE 146
CAPSAISIN 146
CAPTOPRIL 55
CARBACHOL 117
CARBAMAZEPINE 76
CARBAMAZÉPINE 76
CARBOCAL 107
CARBOCAL D 107
CARBOLITH 96
CARDIZEM CD 54
CARDURA-1 49
CARDURA-2 49
CARDURA-4 49
CARNITOR 109
CARTOUCHE POUR IR200 163
CARVEDILOL 50
CARVÉDILOL 50
CASODEX 17
CEENU 22
CEFACLOR 2
CÉFACLOR 2
CÉFADROXIL 2
CEFAZOLIN 2
CÉFAZOLINE INFUSION STERILE 2
CÉFAZOLINE SODIQUE 2
CÉFIXIME 2
CEFPROZIL 2
CEFTAZIDIME 3
CEFTAZIDIME 3
CEFTIN 3
CEFTRIAXONE 3
CÉFTRIAXONE INFUSION STERILE 3
CEFTRIAXONE SODIQUE 3
CEFTRIAXONE SODIUM FOR BP 3
CÉFUROXIME AXÉTIL 3
CELEBREX 65
CELECOXIB 65
CÉLÉCOXIB 65
CELESTODERM V 143
CELEXA 81
CELLCEPT 160
CELSENTRI 11
CENTER-AL 154
CENTRUM FORMULE JUNIOR 152
CENTRUM FORMULE JUNIOR COMPLÈTE 152
CENTRUM PRENATAL 152
CENTRUM PRENATAL ADH 152
CEPHALEXIN-500 3
CÉPHALEXINE 3
CERTOLIZUMAB PEGOL 158
CESAMET 123
CETIRIZINE 1
CETIRIZINE (CHLORHYDRATE DE) 1
CHAMPIX 36
CHAMPIX TROUSSE DE DÉPART 36
CHLORAMBUCIL 18
CHLORHEXIDINE (GLUCONATE DE) 114
CHLOROQUINE (PHOSPHATE DE) 15
CHLORPHÉNIRAMINE (MALÉATE DE) 1
CHLORPROMAZINE 87
CHLORPROMAZINE (CHLORHYDRATE DE) 87
CHLORTHALIDONE 110
CHLORTHALIDONE 110
CHLOR-TRIPOLON 1
CHLORURE DE SODIUM 108
CHOLÉCALCIFÉROL 151
CHOLEDYL 149
CHOLESTYRAMINE (RÉSINE DE) 42
CHOLESTYRAMINE-ODAN 42
CICLESONIDE 129
CICLOPIROX OLAMINE 141
CIDOMYCINE 2
CILAZAPRIL 55
CILAZAPRIL, HYDROCHLOROTHIAZIDE 55
CILOXAN 114
CIMÉTIDINE 123
CIMZIA 158
CIPRALEX 83
CIPRALEX MELTZ 83
CIPRO 6
CIPRODEX 114
CIPROFLOXACIN 6
CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE) 6
CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE), DEXAMÉTHASONE 114
CITALOPRAM 81
CITALOPRAM HYDROBROMIDE 81
CITRATE DE CAFEINE POUDRE 95
CITRIC ACID, SODIUM CITRATE 107
CITRIQUE (ACIDE), MAGNÉSIUM (OXYDE DE), SODIQUE (PICOSULFATE DE) 120
CITRO MAG 120
CITRODAN 120
CLARITHROMYCIN 4
CLARITHROMYCINE 4
CLARITIN 1
CLARITIN ENFANTS 1
CLARUS 147
CLAVULIN 125 F 5
CLAVULIN 200 5
CLAVULIN 250 F 5
CLAVULIN 400 5
CLAVULIN 500 F 5
CLAVULIN 875 5
CLICKFINE 31G 4.5MM STYLO AIGUILLE 162
CLICKFINE 31G 6MM STYLO AIGUILLE 162
CLICKFINE 31G 8MM STYLO AIGUILLE 163
CLIMARA 100 132
CLIMARA 25 132
CLIMARA 50 132
CLIMARA 75 132
CLINDAMYCIN 7
CLINDAMYCINE 7
CLINDAMYCINE (CHLORHYDRATE DE PALMITATE DE) 7
CLINDAMYCINE (CHLORHYDRATE DE) 7
CLINDAMYCINE (PHOSPHATE DE) 8
CLINDAMYCINE (PHOSPHATE DE), BENZOYLE (PEROXIDE DE) 141
CLINDAMYCINE DANS DU DILUSOL OU DUONALC 141
CLINDAMYCINE INFUSION STERILE 8
CLINDA-T 141
CLINDOXYL 141
CLINDOXYL ADV 141
CLOBAZAM 75
CLOBÉTASOL (PROPIONATE DE) 143
CLOBÉTASONE (BUTYRATE DE) 144
CLOMIPRAMINE (CHLORHYDRATE DE) 82
CLONAPAM 75
CLONAZEPAM 75
CLONAZÉPAM 75
CLONIDINE (CHLORHYDRATE DE) 47
CLONIDINE LIQUIDE ORALE 47
CLOPIDOGREL 40
CLOPIDOGREL (BISULFATE DE) 39
CLOPIXOL 93

CLOPIXOL DEPOT 93
CLOPIXOL-ACUPHASE 92
CLOTRIMADERM 142
CLOTRIMAZOLE 141
CLOTRIMAZOLE 142
CLOXACILLINE SODIQUE 5
CLOZAPINE 87
CLOZARIL 87
CO CILAZAPRIL 55
CO CLONAZEPAM 75
CO FENTANYL 70
CO FLUCONAZOLE 9
CO NORFLOXACIN 7
CO SOTALOL 52
CO VALACYCLOVIR 13
COBIMETINIB 18
CODEINE 69
CODÉINE (PHOSPHATE DE) 69
CODEINE CONTIN CR 69
CODÉINE MONOHYDRATE, CODÉINE SULFATE TRIHYDRATE 69
CODEINE PHOSPHATE 69
COLCHICINE 156
COLCHICINE 156
COLESEVELAM (CHLORHYDRATE DE) 42
COLESTID 42
COLESTID ORANGE 42
COLESTIPOL (CHLORHYDRATE DE) 42
COLLAGÉNASE 146
COLYTE 121
COMBANTRIN 2
COMBIGAN 116
COMBIVENT 31
COMBIVENT RESPIMAT 31
COMBIVIR 11
COMFORT INCLINE 17MM ENSEMBLE DE PERFUSION 163
COMFORT SRT INCLINE ENSEMBLE DE PERFUSION 163
COMPACT SPACE PLUS MASQUE GRAND 162
COMPACT SPACE PLUS MASQUE MOYEN 162
COMPACT SPACE PLUS MASQUE PETIT 162
COMPACT SPACE PLUS SANS MASQUE 162
COMPLERA 12
COMPOSÉS DIVERS CRÈME TOPIQUE 153
COMPOSÉS DIVERS DE LIQUIDE INTERNE 153
COMPOSÉS DIVERS DE LOTION EXTERNE 153
COMPOSÉS DIVERS DE POUDRE INTERNE 153
COMPOSES DIVERS D'ONGUENT TOPIQUE 153
COMPOSÉS DIVERS GTTE YEUX/OREILLES 154
COMPOSÉS DIVERS POUDRE EXTERNE 154
COMPOSES DIVERS SUPPOSITOIRES 154
COMPOSES DIVERS/INFUSION 153
COMPOUND W 146
COMTAN 100
CONCERTA 94
CONDOM 104
CONDOM, LATEX, NON LUBRIFIES 104
CONDOMS LATEX LUBRIFIÉ NONOXYNOL 104
CONDOMS LATEX LUBRIFIÉS 104
CONDOMS SANS LATEX LUBRIFIÉS 104
CONDYLINE 147
CONTACT DETACH 90 DEGRE ENSEMBLE DE PERFUSION 163
CONTENANTS POUR OBJETS ACÉRÉS 163
CONTINGENCY ONE 131
CONTOUR CAYA DIAPHRAGME 104
CONTOUR NEXT BANDELETTE (100) 105
CONTOUR NEXT BANDELETTE (ON) 105
CORTATE 144
CORTEF 129
CORTENEMA 126
CORTIFOAM 126
CORTISONE 129
CORTISONE (ACÉTATE DE) 129
CORTODERM 144
COSENTYX 147
COSOPT 117
COTAZYM 122
COTAZYM ECS 20 122
COTAZYM ECS 8 122
COTELLIC 18
COUMADIN 39
COVERSYL 57
COVERSYL PLUS 57
COVERSYL PLUS HD 57
COZAAR 61
CREON MINIMICROSPHERES MICRO 122
CRESTOR 45
CRITIC-AID CLEAR 145
CRIZOTINIB 18
CROMOLYN 114
CROMOLYN SODIQUE 112
CROTAMITON 142
CRYSTAPEN 5
CTP 30 82
CUPRIMINE 128
CYANOCOBALAMINE 150
CYANOCOBALAMINE 150
CYCLEN (21 JOURS) 131
CYCLEN (28 JOURS) 131
CYCLOBENZAPRINE 34
CYCLOBENZAPRINE (CHLORHYDRATE DE) 34
CYCLOGYL 116
CYCLOMEN 130
CYCLOPENTOLATE 116
CYCLOPENTOLATE (CHLORHYDRATE DE) 116
CYCLOPHOSPHAMIDE 18
CYCLOSPORINE 159
CYESTRA-35 161
CYKLOKAPRON 41
CYMBALTA 82
CYPROTERONE 161
CYPROTÉRONE (ACÉTATE DE) 161
CYPROTÉRONE (ACÉTATE DE), ÉTHINYLESTRADIOL 161
CYTOMEL 138
CYTOVENE 13
D VI INFANTS 151
D2-DOL 151
D3-DOL 152
DABIGATRAN ETEXILATE MESILATE 38
DABRAFENIB 19
DACLATASVIR 14
DAIRY DIGESTIVE 121
DAIRYAID 121
DAKLINZA 14
DALACIN 141
DALACIN C 7
DALACIN C PHOSPHATE 8
DALACIN T 141
DALTÉPARINE SODIQUE 38
DANAZOL 130
DANTRIUM 34
DANTROLÈNE SODIQUE 34
DAPAGLIFLOZINE (PROPANEDIOL DE DAPAGLIFLOZINE MONOHYDRATÉ) 135
DAPSONE 10
DAPSONE 10
DARIFÉNACINE (BROMHYDRATE DE). 148
DARUNAVIR (ETHANOLATE DE) 10
DARUNAVIR (ETHANOLATE DE), COBICISTAT 10
DDAVP 136
DDAVP MELT 137
DDROPS 151
DDROPS BOOSTER 154
DECAXIL 152
DEGARELIX (ACETATE DE) 19
DELATESTRYL 130
DEMULEN-30 (21 JOURS) 130
DEMULEN-30 (28 JOURS) 130
DENOSUMAB (PROLIA) 156
DENOSUMAB (XGEVA) 157
DEPAKENE 76
DEPO-MEDROL 129
DEPO-PROVERA 137
DEPO-TESTOSTERONE 130
DERMAFLEX HC 145
DERMA-SMOOTHE 144
DERMOVATE 143
DESIPRAMINE 82
DESIPRAMINE (CHLORHYDRATE DE) 82
DESLORATADINE 1
DESLORATADINE 1
DESLORATADINE CONTRÔLE DES ALLERGIES 1
DESMOPRESSIN 136
DESMOPRESSINE (ACÉTATE DE) 136
DÉSOGESTREL, ÉTHINYLESTRADIOL 130
DÉSONIDE 144
DÉSOXIMÉTASONE 144
DETROL 149
DETROL LA 148
DEXAMETHASONE 115
DEXAMÉTHASONE 115
DEXAMÉTHASONE (PHOSPHATE DE) 115
DEXAMÉTHASONE LIQUIDE ORALE 129
DEXAMÉTHASONE, TOBRAMYCINE 115
DEXAMETHASONE-OMEGA 129
DEXEDRINE 93
DEXEDRINE SPANSULE 93
DEXIRON 37

DEXTRANE 70, HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE 118
DEXTROAMPHETAMINE 93
DEXTROAMPHÉTAMINE (SULFATE DE) 93
D-FORTE 151
DGEL 151
D-GEL 151
DIABETA 135
DIAMICRON 135
DIAMICRON MR 135
DIANE-35 161
DIAPER RASH 146
DIARR-EZE 120
DIARRHEA RELIEF 120
DIASTAT 96
DIASTAT 2X 10MG PAQUET RECTAL 96
DIASTAT 2X 15MG PAQUET RECTAL 96
DIASTIX BANDELETTE 106
DIAZEPAM 96
DIAZEPAM 96
DIAZÉPAM (DIASTAT) 96
DIAZOXIDE 47
DICETEL 126
DICITRATE 107
DICLECTIN 122
DICLOFENAC 66
DICLOFENAC EC 66
DICLOFENAC SODIQUE (TOPIQUE) 66
DICLOFENAC SODIUM 66
DICLOFÉNAC TOPIQUE 66
DICLOFENAC-SR 66
DIDANOSINE 10
DIÉNOGEST 137
DIFFERIN 146
DIFLUCAN 9
DIFLUNISAL 66
DIFLUNISAL 66
DIGOXINE 42
DIHYDROERGOTAMINE 34
DIHYDROERGOTAMINE (MÉSILATE DE) 34
DILANTIN 76
DILANTIN INFATABS 76
DILAUDID 71
DILTIAZEM (CHLORHYDRATE DE) 54
DILTIAZEM CD 54
DILTIAZEM DANS ONGUENT 153
DILTIAZEM TZ 54
DIMENHYDRINATE 122
DIMÉNHYDRINATE 122
DIMÉTHICONE 142
DIOVAN 63
DIOVAN-HCT 63
DIPENTUM 126
DIPHENHYDRAMINE 1
DIPHENHYDRAMINE (CHLORHYDRATE DE) 1
DIPHENIST 1
DIPIVEFRINE (CHLORHYDRATE DE) 116
DIPROLENE 143
DIPROSALIC 143
DIPROSONE 143
DIPYRIDAMOLE 49
DIPYRIDAMOLE, ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE 49
DISOPYRAMIDE 42
DISPOSITIF INTRAUTÉRIN 104
DITROPAN XL 148
DIVALPROEX 76
DIVIGEL 131
DOLORAL 1 71
DOLORAL 5 71
DOLUTEGRAVIR SODIUM 11
DOM-ALENDRONATE 156
DOM-AMANTADINE 10
DOM-AMIODARONE 42
DOM-AMLODIPINE 52
DOM-ATENOLOL 50
DOM-ATOMOXETINE 102
DOM-ATORVASTATIN 43
DOM-AZITHROMYCIN 3
DOM-BACLOFEN 34
DOM-BROMOCRIPTINE 100
DOM-CANDESARTAN 59
DOM-CARBAMAZEPINE 76
DOM-CARVEDILOL 50
DOM-CEPHALEXIN 3
DOM-CIMETIDINE 123
DOM-CIPROFLOXACIN 6
DOM-CITALOPRAM 81
DOM-CLARITHROMYCIN 4
DOM-CLONAZEPAM 75
DOM-CLONAZEPAM-R 75
DOM-CLOPIDOGREL 40
DOM-CYCLOBENZAPRINE 34
DOM-DICLOFENAC 66
DOM-DICLOFENAC SR 66
DOM-DOMPERIDONE 126
DOM-FINASTERIDE 155
DOM-FLUCONAZOLE 9
DOM-FLUOXETINE 83
DOM-GABAPENTIN 77
DOM-GEMFIBROZIL 43
DOM-GLYBURIDE 136
DOM-INDAPAMIDE 110
DOM-IPRATROPIUM 30
DOM-IRBESARTAN 60
DOM-LANSOPRAZOLE 124
DOM-LEVETIRACETAM 78
DOM-LOPERAMIDE 120
DOM-LORAZEPAM 96
DOM-LOXAPINE 87
DOM-MEFENAMIC ACID 65
DOM-MELOXICAM 67
DOM-METFORMIN 132
DOM-METOPROLOL-B 51
DOM-METOPROLOL-L 51
DOM-MINOCYCLINE 7
DOM-MIRTAZAPINE 84
DOM-MONTELUKAST 112
DOM-NYSTATIN 9
DOM-OMEPRAZOLE DR 125
DOM-OXYBUTYNIN 148
DOM-PANTOPRAZOLE 125
DOM-PAROXETINE 84
DOMPERIDONE 126
DOMPÉRIDONE (MALÉATE DE) 126
DOMPERIDONE LIQUIDE ORALE 126
DOM-PINDOLOL 52
DOM-PIOGLITAZONE 136
DOM-PRAMIPEXOLE 101
DOM-PRAVASTATIN 44
DOM-PREGABALIN 79
DOM-QUETIAPINE 90
DOM-RABEPRAZOLE EC 125
DOM-RAMIPRIL 58
DOM-RISEDRONATE 157
DOM-RIZATRIPTAN RDT 98
DOM-ROSUVASTATIN 45
DOM-SALBUTAMOL 33
DOM-SALBUTAMOL INH 33
DOM-SERTRALINE 85
DOM-SIMVASTATIN 45
DOM-SOTALOL 52
DOM-SUMATRIPTAN 99
DOM-TERAZOSIN 49
DOM-TERBINAFINE 9
DOM-TIAPROFENIC 65
DOM-TIMOLOL 117
DOM-TOPIRAMATE 80
DOM-TRAZODONE 85
DOM-VALACYCLOVIR 13
DOM-VALPROIC ACID 76
DOM-VALSARTAN 63
DOM-VENLAFAXINE XR 86
DOM-VERAPAMIL SR 55
DOM-ZOLMITRIPTAN 99
DONEPEZIL 28
DONÉPÉZIL (CHLORHYDRATE DE) 28
DORZOLAMIDE (CHLORHYDRATE DE) 117
DORZOLAMIDE (CHLORHYDRATE DE), TIMOLOL (MALÉATE DE) 117
DOSTINEX 101
DOVOBET 143
DOVONEX 146
DOXAZOSINE (MÉSILATE DE) 49
DOXEPIN 82
DOXÉPINE (CHLORHYDRATE DE) 82
DOXYCIN 7
DOXYCYCLINE 7
DOXYCYCLINE (HYCLATE) 7
DOXYLAMINE (SUCCINATE DE), PYRIDOXINE (CHLORHYDRATE DE) 122
DOXYTAB 7
DR SCHOLLS CLEAR AWAY PLANTAR WART REMOVER SYSTEM 146
DR SCHOLLS CLEAR AWAY WART REMOVER SYSTEM 146
DRESSING 154
DROPLET 10MM 29G SERINGUE ET AIGUILLE 162
DROPLET 12MM 29G SERINGUE ET AIGUILLE 162
DROPLET 4MM 32G SERINGUE ET AIGUILLE 163
DROPLET 5MM 31G SERINGUE ET AIGUILLE 162
DROPLET 5MM 32G SERINGUE ET AIGUILLE 163
DROPLET 6MM 31G SERINGUE ET AIGUILLE 162
DROPLET 6MM 32G SERINGUE ET AIGUILLE 163

DROPLET 8MM 31G SERINGUE ET AIGUILLE 163
DROPLET 8MM 32G SERINGUE ET AIGUILLE 163
DROPLET PERSONAL LANCETTE 28G 165
DROPLET PERSONAL LANCETTE 30G 165
DROPLET PERSONAL LANCETTE 33G 165
DRSCHOLL'S ATHLETE'S FOOT SPRAY 142
D-TABS 151
DUAKLIR GENUAIR 31
DULCOLAX 120
DULOXETINE 82
DULOXÉTINE (CHLORHYDRATE DE) 82
DULOXETINE DR 82
DUONALC 142
DUOTRAV PQ 118
DURAGESIC 70
DUTASTERIDE 155
DUTASTÉRIDE 155
DUVOID 28
EAU 110
EAU STERILE 110
EAU STÉRILE 168
EAU STERILE PF SERINGUE 168
EAU STERILE POUR INJECTION 110
EDARBI 59
EDECRIN 109
EDURANT 11
ÉFAVIRENZ 11
ÉFAVIRENZ, EMTRICITABINE, TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) 11
EFFEXOR XR 86
EFUDEX 146
EGOZINC-HC 144
ELAVIL 80
ELBASVIR, GRAZOPREVIR 14
ÉLECTROLYTES 108
ELIDEL 147
ELIGARD 22
ELIQUIS 38
ELMIRON 153
ELOCOM 145
ELTROXIN 137
EMEND 123
EMEND TRI-PACK 123
EMLA 145
EMOCORT 144
EMOLAX 120
EMPAGLIFLOZINE 135
EMTRICITABINE, COBICISTAT, ELVITÉGRAVIR, TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE 11
ENABLEX 148
ENALAPRIL 55
ÉNALAPRIL (MALÉATE D') 55
ÉNALAPRIL (MALÉATE D'), HYDROCHLOROTHIAZIDE 56
ENALAPRIL LIQUIDE ORALE 56
ENALAPRIL MALEATE/HCTZ 56
ENBREL 158
ENBREL SURECLICK SERINGUE 158
ENEMOL PHOSPHATE DE SODIUM 121
ENFAMIL FERINSOL 37
ENFAMIL POLYVISOL 152
ENFAMIL TRIVISOL 152
ÉNOXAPARINE SODIQUE 38
ENTACAPONE 100
ENTECAVIR MONOHYDRATE 13
ENTOCORT 129
ENTRESTO 64
ENTROPHEN 65
ENTYVIO 161
ENZALUTAMIDE 19
EPCLUSA 15
EPINEPHRINE 34
ÉPINÉPHRINE 33
EPIPEN 34
EPIPEN JR 34
EPIVAL 76
ÉPLÉRÉNONE 64
ÉPROSARTAN (MÉSYLATE D') 60
ÉPROSARTAN (MÉSYLATE D'), HYDROCHLOROTHIAZIDE 60
ERDOL 151
ERELZI 158
ERGOCALCIFÉROL 151
ERLOTINIB (CHLORHYDRATE D') 19
ERTAPENEM 3
ERYC 4
ERYTHRO BASE 4
ERYTHRO-ES 4
ERYTHROMYCIN 114
ÉRYTHROMYCINE 4
ÉRYTHROMYCINE (ESTOLATE D') 4
ÉRYTHROMYCINE (ÉTHYLSUCCINATE D') 4
ÉRYTHROMYCINE (STÉARATE D') 4
ÉRYTHROMYCINE, BENZOYLE (PEROXIDE DE) 141
ERYTHRO-S 4
ESBRIET 111
ESCITALOPRAM 83
ESCITALOPRAM (OXALATE D') 83
ESCULIN, FRAMYCÉTINE (SULFATE DE), DIBUCAINE (CHLORHYDRATE DE), HYDROCORTISONE (ACÉTATE D') 144
ESLICARBAZÉPINE (ACÉTATE) 76
ESME 21 130
ESME 28 130
ESTALIS 132
ESTRACE 131
ESTRADIOL 131
ESTRADIOL HÉMIHYDRATÉ 132
ESTRADIOL, NORÉTHINDRONE (ACÉTATE DE) 132
ESTRADOT 100 132
ESTRADOT 25 131
ESTRADOT 37.5 131
ESTRADOT 50 131
ESTRADOT 75 132
ESTRAGYN 132
ESTRING 131
ESTROGEL 132
ESTROGÈNES CONJUGUÉS 132
ESTROGÈNES CONJUGUÉS, MÉDROXYPROGESTÉRONE (ACÉTATE DE) 132
ESTRONE 132
ÉTANERCEPT 158
ÉTANERCEPT (BRENZYS) 158
ETANERCEPT (ERELZI) 158
ÉTHAMBUTOL (CHLORHYDRATE D') 9
ÉTHINYLESTRADIOL, DÉSOGESTREL 130
ÉTHINYLESTRADIOL, DROSPIRÉNONE 130
ÉTHINYLESTRADIOL, ETHYNODIOL 130
ÉTHINYLESTRADIOL, ETONOGESTREL 130
ÉTHINYLESTRADIOL, LÉVONORGESTREL 130
ÉTHINYLESTRADIOL, NORELGESTROMINE 131
ÉTHINYLESTRADIOL, NORÉTHINDRONE 131
ÉTHINYLESTRADIOL, NORÉTHINDRONE (ACÉTATE DE) 131
ÉTHINYLESTRADIOL, NORGESTIMATE 131
ÉTHOPROPAZINE 100
ÉTHOSUXIMIDE 76
ETIBI 9
ÉTIDRONATE DISODIQUE 157
ÉTIDRONATE DISODIQUE, CALCIUM (CARBONATE DE) 157
ÉTOPOSIDE 19
ÉTRAVIRINE 11
ÉTUI À SERINGUES 163
EUGLUCON 136
EURAX 142
EURO D 151
EURO K 108
EURO SENNA 121
EURO VITAMIN B1 150
EURO-AAS 65
EUROCAL 107
EURO-D 151
EUROFER 37
EURO-FERROUS SULFATE 37
EUROHYDROCORTISONE 144
EUROPROFEN POUR ENFANTS 67
EUTHYROX 137
EVEROLIMUS 20
EVISTA 132
EVOLOCUMAB 47
EVRA 131
EXELON 29
EXÉMESTANE 20
EXLAX CHOCOLATED 121
EXTEMPORANEOUS MIXTURE (GENDER AFFIRMING) 153
EXTRA STRENGTH SELSUN 143
EXTRAIT D'ALLERGENES NON POLLENS 155
EXTRAIT D'ALLERGENES POLLENS 154
EXTRAIT DE PROTÉINES DE VENIN D'APIS MELLIFERA 154
EXTRAIT DE PROTÉINES DE VENIN DE DOLICHOVESPULA ARÉNARIA 154
EXTRAIT DE PROTÉINES DE VENIN DE DOLICHOVESPULA MACULATA 154
EXTRAIT DE PROTÉINES DE VENIN DE L'ESPÈCE DES VESPIDÉS 154
EXTRAIT DE PROTÉINES DE VENIN DE L'ESPÈCE POLISTES 154
EXTRAIT PROTÉINIQUE DE VENIN D'ABEILLE MELLIFÈRE 154
EXTRAITS D'ALLERGÈNES 155
EYLEA 118
EZ HEALTH ORACLE BANDELETTE 105

EZ HEALTH ORACLE LANCETTE 165
E-Z JE 0.5CC SERINGUE 165
E-Z JE 1.0CC SERINGUE 165
E-Z SPACER 162
E-Z SPACER (MASQUE SEULEMENT) 162
E-Z SPACER AVEC MASQUE PETIT 162
EZETIMIBE 42
ÉZÉTIMIBE 42
EZETROL 42
FAIBLE DOSE QUOTIDIENNE EQUATE 65
FAMCICLOVIR 13
FAMCICLOVIR 13
FAMOTIDINE 123
FAMOTIDINE 123
FAMVIR 13
FÉBUXOSTAT 156
FÉLODIPINE 53
FEMARA 21
FÉNOFIBRATE 43
FENOMAX 43
FENO-MICRO 43
FENTANYL 70
FENTANYL 70
FER 37
FER DEXTRAN 37
FER SUCROSE 37
FER SUCROSE INFUSION STERILE 37
FERAMAX POWDER WATER SOLUBLE POLYSACCHARIDE IRON COMPLEX 37
FERODAN 37
FERODAN INFANT DROPS 37
FERRATE 37
FERRLECIT 37
FERROUS FUMARATE 37
FERROUS GLUCONATE 37
FERROUS SULFATE 37
FERROUS SULPHATE 37
FÉSOTÉRODINE (FUMARATE) 148
FEXOFÉNADINE (CHLORHYDRATE DE) 1
FIBRISTAL 131
FILGRASTIM 40
FINACEA 146
FINASTERIDE 155
FINASTÉRIDE 155
FINGERSTIX LANCETTE 165
FIRMAGON 19
FIRST CANADIAN HEALTH LANCETTE 165
FIRST CANHEALTH 28G LANCETTE 165
FIRST CANHEALTH 30G LANCETTE 165
FIRST CANHEALTH 33G LANCETTE 165
FIRST CANHEALTH SPIRIT 106
FLAGYL 16
FLAGYSTATIN 141
FLAMAZINE 142
FLAMAZINE (50G) 142
FLAREX 115
FLAVOXATE (CHLORHYDRATE DE) 148
FLÉCAÏNIDE (ACÉTATE DE) 42
FLEET LAVEMENT 121
FLEET LAVEMENT PÉDIATRIQUE 121
FLEXI-T +300 DIU 104
FLEXI-T +380 DIU 104
FLEXI-T 300 DIU 104
FLOCTAFÉNINE 74
FLOCTAFÉNINE 74
FLOMAX 34
FLONASE ALLERGY RELIEF 114
FLORINEF 129
FLOVENT DISKUS 129
FLOVENT HFA 129
FLUANXOL 87
FLUANXOL DEPOT 87
FLUCONAZOLE 9
FLUDARA 20
FLUDARABINE (PHOSPAHTE DE) 20
FLUDROCORTISONE (ACÉTATE DE) 129
FLUMÉTHASONE (PIVALATE DE), CLIOQUINOL 115
FLUNARIZINE 99
FLUNARIZINE (CHLORHYDRATE DE) 99
FLUOCINONIDE 144
FLUOROMÉTHOLONE 115
FLUOROURACIL 146
FLUOXETINE 83
FLUOXÉTINE (CHLORHYDRATE DE) 83
FLUPENTHIXOL (DICHLORHYDRATE DE) 87
FLUPENTIXOL (DÉCANOATE DE) 87
FLUPHENAZINE 87
FLUPHÉNAZINE (CHLORHYDRATE DE) 87
FLUPHÉNAZINE (DÉCANOATE DE) 87
FLURBIPROFÈNE 66
FLUTAMIDE 20
FLUTICASONE (FUROATE DE) 115
FLUTICASONE (FUROATE DE), VILANTEROL 31
FLUTICASONE (FUROATE DE), VILANTEROL TRIFENATATE (ASTHMA) 32
FLUTICASONE (PROPIONATE DE) 114
FLUVASTATINE SODIQUE 44
FLUVOXAMINE 83
FLUVOXAMINE (MALÉATE DE) 83
FML 115
FOLIC ACID 150
FOLIQUE ACIDE 150
FORADIL 32
FORMOTÉROL (FUMARATE DE) 32
FORMOTÉROL (FUMARATE DIHYDRATÉ) 32
FORMOTÉROL (FUMARATE DIHYDRATÉ), BUDÉSONIDE 32
FORMOTÉROL (FUMARATE DIHYDRATÉ), MOMÉTASONE (FUROATE DE)
FORTAZ 1G 3
FORTAZ 2G 3
FORTAZ 6G 3
FORXIGA 135
FOSAMAX 156
FOSAMPRÉNAVIR CALCIQUE 11
FOSAVANCE 156
FOSFOMYCINE TROMETHAMINE 16
FOSINOPRIL 56
FOSINOPRIL SODIQUE 56
FOSRENOL 109
FOURNITURES POMPE À INSULINE 163
FRAGMIN 38
FRAMYCÉTINE (SULFATE DE), GRAMICIDINE, DEXAMÉTHASONE 115
FRAXIPARINE 39
FRAXIPARINE FORTE 39
FREESTYLE BANDELETTE 105
FREESTYLE LANCETTE 165
FREESTYLE LITE BANDELETTE 105
FREESTYLE PRECISION BANDELETTE 105
FRELON A TETE BLANCHE PHARMALGEN 154
FREYA 21 130
FREYA 28 130
FRISIUM 75
FUCIDIN 141
FUCIDIN H 141
FUMARATE FERREUX 37
FUROSEMIDE 109
FUROSÉMIDE 109
FUSIDATE DE SODIUM 141
GABAPENTIN 77
GABAPENTINE 77
GALANTAMINE 29
GALANTAMINE (BROMHYDRATE DE) 29
GALANTAMINE ER 29
GANCICLOVIR SODIQUE 13
GASTROLYTE 108
GATIFLOXACINE 114
GD-AMLODIPINE 52
GD-AMLODIPINE-ATORVASTATIN 53
GD-AZITHROMYCIN 3
GD-CELECOXIB 66
GD-DICLOFENAC/MISOPROSTOL 67
GD-GABAPENTIN 77
GD-LATANOPROST 117
GD-LATANOPROST/TIMOLOL 117
GD-QUINAPRIL 57
GD-TRANEXAMIC ACID 41
GD-VENLAFAXINE XR 86
GE200 BABDELETTE (100) (SK) 105
GEMFIBROZIL 43
GEN-CLOZAPINE 87
GENTAMICIN 2
GENTAMICIN IV 2
GENTAMICIN SULFATE IN SODIUM CHLORIDE 2
GENTAMICINE (SULFATE DE) 2
GENTAMYCINE INFUSION STERILE 2
GENTEAL 116
GENVOYA 11
GIOTRIF 17
GLEEVEC 20
GLICLAZIDE 135
GLICLAZIDE 135
GLUCAGEN 136
GLUCAGEN HYPOKIT 136
GLUCAGON 136
GLUCAGON, SOURCE ADNR 136
GLUCOBAY 132
GLUCONATE FERREUX 37
GLUCONORM 134
GLUCOPHAGE 132
GLUCOSE OXIDASE, PEROXIDASE 105
GLYBURIDE 135
GLYBURIDE 135
GLYCERINE 120
GLYCÉRINE 120
GLYCERINE ADULTE 120
GLYCERINE POUR ENFANT 120

GLYCON 132
GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE) 30
GOLIMUMAB 158
GOLYTELY 120
GOMME NICOTINE 35
GOMME NICOTINE POLACRILEX RUGBY 35
GOMME THRIVE 35
GOSÉRÉLINE (ACÉTATE DE) 132
GOUDRON DE HOUILLE 146
GOUDRON DE HOUILLE, ACIDE SALICYLIQUE 146
GOUTTES OPHTHALMIQUE ANTIBIOTIQUE 153
GOUTTES OPHTHALMIQUE ANTIFONGIQUE 153
GOUTTES OPHTHALMIQUE ANTIVIRAUX 153
GPC-GLICLAZIDE MR 135
GRANISETRON (CHLORHYDRATE DE) 122
GRASTOFIL 40
GRAVOL 122
GUM PAROEX 114
HABITROL 35
HALOBÉTASOL (PROPIONATE D') 144
HALOPERIDOL 87
HALOPÉRIDOL 87
HALOPÉRIDOL (DÉCANOATE D') 87
HALOPERIDOL LA 87
HARVONI 15
HEPARIN LEO 38
HEPARIN LOCK FLUSH 38
HEPARIN SODIUM 38
HEPARIN SODIUM (MULTIDOSE VIAL-WITH PRESERVATIVE) 38
HEPARIN SODIUM (SINGLE USE VIAL-PRESERVATIVE FREE) 38
HÉPARINE SODIQUE 38
HEPSERA 13
HEPTOVIR 11
HI POTENCY MAGNESIUM OXIDE 120
HOLKIRA PAK 14
HP-PAC 124
HUILE MINÉRALE 120
HUILE MINÉRALE LOURDE 120
HUILE MINÉRALE, PETROLATUM BLANC 118
HUMALOG 134
HUMALOG (CARTRIDGE) 134
HUMALOG (KWIKPEN) 134
HUMALOG 100U/ML CARTOUCHE 134
HUMALOG 200U/ML KWIKPEN 134
HUMALOG MIX 25 (CARTRIDGE) 134
HUMALOG MIX 25 (KWIKPEN) 134
HUMALOG MIX 50 (CARTRIDGE) 134
HUMALOG MIX 50 (KWIKPEN) 134
HUMATIN 15
HUMIRA 158
HUMULIN 30/70 134
HUMULIN 30/70 CARTOUCHE 134
HUMULIN 30/70 CARTRIDGE 134
HUMULIN N 134
HUMULIN N (CARTRIDGE) 134
HUMULIN N (KWIKPEN) 134
HUMULIN N 100U/ML CARTOUCHE 134
HUMULIN R 134
HUMULIN R (KWIKPEN) 134
HUMULIN R 100U/ML CARTOUCHE 134
HUMULIN R CARTRIDGE 134
HYDERM 144
HYDRALAZINE (CHLORHYDRATE DE) 47
HYDRALYTE ELECTROLYTE 108
HYDREA 20
HYDROCHLOROTHIAZIDE 109
HYDROCHLOROTHIAZIDE 109
HYDROCHLOROTHIAZIDE LIQUIDE ORALE 110
HYDROCHLOROTHIAZIDE, PINDOLOL 51
HYDROCHLOROTHIAZIDE, SPIRONOLACTONE 64
HYDROCORTISONE (ACÉTATE D') 126
HYDROCORTISONE (ACÉTATE D'), ZINC (SULFATE DE) 144
HYDROCORTISONE (ACÉTATE D'), ZINC (SULFATE DE), PRAMIPEXOLE (CHLORHYDRATE DE) 145
HYDROCORTISONE (ACÉTATE D'), ZINC SULFATE MONOHYDRATE 145
HYDROCORTISONE (VALÉRATE D') 145
HYDROCORTISONE ACETATE (D') 144
HYDROCORTISONE ACETATE, UREA 145
HYDROCORTISONE ACETATE-UREA 145
HYDROCORTISONE POUDRE ET CLOTRIMADERM CRÈME 153
HYDROMORPH CONTIN 70
HYDROMORPHONE (CHLORHYDRATE DE) 70
HYDROSONE 144
HYDROVAL 145
HYDROXYCHLOROQUINE (SULFATE D') 15
HYDROXYPROPYL CELLULOSE 118
HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE 116
HYDROXYURÉE 20
HYDROXYZINE (CHLORHYDRATE D') 97
HYOSCINE BUTYLBROMIDE 30
HYZAAR 61
HYZAAR DS 62
IBAVYR 14
IBRANCE 23
IBRUTINIB 20
IBUPROFÉENE 67
IBUPROFEN 67
IBUPROFÈNE 67
IBUPROFÈNE 67
ICLUSIG 23
IDELALISIB 20
ILEVRO 116
IMATINIB (MÉSYLATE D') 20
IMBRUVICA 20
IMDUR 48
IMIPRAMINE 84
IMIPRAMINE (CHLORHYDRATE D') 84
IMIQUIMOD 147
IMITREX 99
IMITREX DF 99
IMITREX TROUSSE DE DÉPART 99
IMODIUM 120
IMODIUM CALMING 120
IMURAN 159
INCOBOTULINUMTOXIN A 161
INCRUSE ELLIPTA 31
INDACATÉROL MALÉATE 32
INDACATÉROL MALÉATE, GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE) 30
INDAPAMIDE 110
INDAYO 130
INDERAL LA 52
INDOMÉTHACINE 67
INFLECTRA 159
INFLIXIMAB (INFLECTRA) 159
INFLIXIMAB (REMICADE) 159
INFUFER 37
INHALATEUR NICORETTE 35
INHIBACE 55
INHIBACE PLUS 55
INLYTA 17
INNOHEP 39
INSET 30 , ENS.DE PERFUSION 43" 163
INSET II 90 DEG 6MMX110 CM ENS.DE PERFUSION 164
INSET II 90 DEG 6MMX60 CM ENS.DE PERFUSION 164
INSET II 90 DEG 9MMX110CM ENS.DE PERFUSION 164
INSET II 90 DEG 9MMX60 CM ENS.DE PERFUSION 164
INSPIOLTO RESPIMAT 33
INSPRA 64
INSULIN (ZINC CRYSTALLINE) HUMAN BIOSYNTHETIC (RDNA ORIGIN) 134
INSULIN BIOSYNTHETIC HUMAN BR 134
INSULINE (30% NEUTRE & 70% ISOPHANE) HUMAINE BIOSYNTHÉTIQUE 134
INSULINE (40% NEUTRE & 60% ISOPHANE) HUMAINE BIOSYNTHÉTIQUE 134
INSULINE (50% NEUTRE & 50% ISOPHANE) HUMAINE BIOSYNTHÉTIQUE 134
INSULINE 31GX 0.3CC SERINGUE 166
INSULINE 31GX 0.5CC SERINGUE 166
INSULINE 31GX 1CC SERINGUE 167
INSULINE ASPART 134
INSULINE BIOSYNTHÉTIQUE HUMAINE 134
INSULINE DETEMIR 134
INSULINE GLARNINE 134
INSULINE GLULISINE 134
INSULINE HUMAINE BIOSYNTHÉTIQUE ISOPHANE 134
INSULINE LISPRO 134
INSULINE LISPRO, INSULINE LISPRO PROTAMINE 134
INSUPEN AIGUILLE 29GX12MM 162
INSUPEN AIGUILLE 30GX8MM 162
INSUPEN AIGUILLE 31GX6MM 162
INSUPEN AIGUILLE 31GX8MM 163
INSUPEN AIGUILLE 32GX4MM 163
INSUPEN AIGUILLE 32GX6MM 163
INSUPEN AIGUILLE 32GX8MM 163
INSUPEN AIGUILLE 33GX4MM 163
INTELENCE 11
INTERFÉRON ALFA-2B 12
INTRON A 12
INVANZ 3
INVEGA SUSTENNA 89
INVEGA TRINZA 89

INVIRASE	12
INVOKANA	135
IOPIDINE	118
IPÉCA	122
IPRATROPIUM (BROMURE D')	30
IPRATROPIUM (BROMURE D'), SALBUTAMOL SULFATE	31
IPRAVENT	30
IRBESARTAN	60
IRBESARTAN	60
IRBESARTAN HCT	60
IRBESARTAN, HYDROCHLOROTHIAZIDE	60
IRBESARTAN/HCTZ	60
IRBESARTAN-HCTZ	60
IRON	37
IRON FERROUS GLUCONATE	37
ISDN	47
ISENTRESS	11
ISONIAZID LIQUIDE ORALE	10
ISONIAZIDE	10
ISOPROPYL MYRISTATE	142
ISOPTIN SR	55
ISOPTO ATROPINE	116
ISOPTO CARPINE	117
ISOPTO TEARS	118
ISOSORBIDE (DINITRATE D')	47
ISOSORBIDE-5-MONONITRATE	48
ISOTAMINE	10
ISOTRÉTINOÏNE	147
ITEST BANDELETTE	105
ITEST SAFETY 28G LANCETTE	165
ITEST ULTRA-THIN 33G LANCETTE	165
ITRACONAZOLE	9
ITRACONAZOLE PD	168
IV3000	163
JAKAVI	24
JAMP CALCIUM CARBONATE VITAMIN D	107
JAMP CALCIUM CITRATE VITAMINE D	107
JAMP CALCIUM LACTOGLUCONATE VITAMIN D	107
JAMP FERROUS FUMARATE	37
JAMP FERROUS SULFATE	37
JAMP FERROUS SULFATE LIQUID5	37
JAMP FOLIC ACID	150
JAMP GLYCERIN	120
JAMP K	108
JAMP MAGNESIUM GLUCONATE	108
JAMP OLANZAPINE ODT	89
JAMP POTASSIUM CHLORIDE ER	108
JAMP REHYDRALYTE	108
JAMP SENNAQUIL	121
JAMP-AAS	65
JAMP-ACETAMINOPHENE	74
JAMP-ACETAMINOPHÈNE	74
JAMP-ACIDE FOLIQUE	150
JAMP-ALENDRONATE	156
JAMP-ALLOPURINOL	155
JAMP-ALPRAZOLAM	95
JAMP-AMITRIPTYLINE	81
JAMP-AMLODIPINE	52
JAMP-AMOXICILLIN	4
JAMP-ANASTROZOLE	17
JAMP-ATENOLOL	50
JAMP-ATORVASTATIN	43
JAMP-AZITHROMYCIN	3
JAMP-BACITRACINE	141
JAMP-BEZAFIBRATE	43
JAMP-BICALUTAMIDE	17
JAMP-BISACODYL	120
JAMP-CALCIUM CARBONATE	107
JAMP-CALCIUM VITAMINE D	107
JAMP-CALCIUM+VIT D 400	107
JAMP-CANDESARTAN	59
JAMP-CARVEDILOL	50
JAMP-CELECOXIB	66
JAMP-CETIRIZINE	1
JAMP-CIPROFLOXACIN	6
JAMP-CITALOPRAM	81
JAMP-CLOPIDOGREL	40
JAMP-COLCHICINE	156
JAMP-CYANOCOBALAMIN	150
JAMP-CYCLOBENZAPRINE	34
JAMP-DIMENHYDRINATE	122
JAMP-DOMPERIDONE	126
JAMP-DONEPEZIL	28
JAMP-DULOXETINE	82
JAMP-ESCITALOPRAM	83
JAMP-EZETIMIBE	42
JAMP-FER	37
JAMP-FERROUS FUMARATE	37
JAMP-FINASTERIDE	155
JAMP-FLUCONAZOLE	9
JAMP-FLUOXETINE	83
JAMP-FOSINOPRIL	56
JAMP-GABAPENTIN	77
JAMP-HC	144
JAMP-HYDRALAZINE	47
JAMP-HYDROCORTISONE	144
JAMP-HYDROCORTISONE UREA	145
JAMP-IBUPROFEN	67
JAMP-IBUPROFENE	67
JAMP-INDAPAMIDE	110
JAMP-IRBESARTAN	60
JAMP-IRBESARTAN AND HYDROCHLOROTHIAZIDE	60
JAMP-K 8	108
JAMP-K EFFERVESCENT	108
JAMPLACTASE ENZYME	121
JAMP-LACTULOSE	107
JAMP-LETROZOLE	21
JAMP-LEVETIRACETAM	78
JAMP-LISINOPRIL	56
JAMP-LOSARTAN	61
JAMP-LOSARTAN HCTZ	61
JAMP-MAGNESIUM	108
JAMP-METFORMIN	132
JAMP-METFORMIN BLACKBERRY	132
JAMP-METHOTREXATE	22
JAMP-METOPROLOL-L	51
JAMP-MONTELUKAST	112
JAMP-MOXIFLOXACIN	7
JAMP-MYCOPHENOLATE	160
JAMP-NYSTATIN	9
JAMPOCAINE VISCOUS	145
JAMP-OLANZAPINE	88
JAMP-OLMESARTAN	62
JAMP-OLOPATADINE	114
JAMPOLYCIN	141
JAMP-OMEPRAZOLE DR	125
JAMP-ONDANSETRON	122
JAMP-PANTOPRAZOLE	125
JAMP-PAROXETINE	84
JAMP-PIOGLITAZONE	136
JAMP-POTASSIUM CHLORIDE	108
JAMP-PRAVASTATIN	44
JAMP-PREGABALIN	79
JAMP-QUETIAPINE	90
JAMP-RAMIPRIL	58
JAMP-RISEDRONATE	157
JAMP-RISPERIDONE	91
JAMP-RIZATRIPTAN	98
JAMP-RIZATRIPTAN IR	98
JAMP-RIZATRIPTAN ODT	98
JAMP-ROPINIROLE	101
JAMP-ROSUVASTATIN	45
JAMP-SERTRALINE	85
JAMP-SIMVASTATIN	45
JAMP-SODIUM PHOSPHATE	121
JAMP-SOLIFENACIN	148
JAMP-SOTALOL	52
JAMP-TERBINAFINE	9
JAMP-TIMOLOL	117
JAMP-TOBRAMYCIN	2
JAMP-TOPIRAMATE	80
JAMP-VALACYCLOVIR	13
JAMP-VANCOMYCIN	8
JAMP-VITAMIN A	150
JAMP-VITAMINE B1	150
JAMP-VITAMINE B12	150
JAMP-VITAMINE D	151
JAMP-VITAMINES A-D-C	152
JAMP-ZINC-HC	145
JAMP-ZOLMITRIPTAN	99
JAMP-ZOLMITRIPTAN ODT	99
JANUMET	133
JANUMET XR	133
JANUVIA	133
JARDIANCE	135
JAYDESS	131
J-CAL+D	107
JENCYCLA	131
JENTADUETO	133
K LYTE	108
K-10	108
K20 POTASSIUM	108
KADIAN	72
KALETRA	11
KAYEXALATE	108
KEFLEX	3
KENALOG-10	130
KENALOG-40	130
KEPPRA	78
KÉTOCONAZOLE	9
KETODERM	142
KETOPROFEN	67
KETOPROFEN SR	67
KETOPROFEN-E	67
KÉTOPROFÈNE	67
KÉTOROLAC (TROMÉTHAMINE DE)	115
KETOSTIX BANDELETTE (50)	106
KÉTOTIFÈNE (FUMARATE DE)	1
K-EXIT	108

KIVEXA 10
KOMBOGLYZE 133
KWELLADA-P 142
LABÉTALOL (CHLORHYDRATE DE) 51
LACOSAMIDE 78
LACRISERT 118
LACTAID 121
LACTAID EXTRA STRENGTH 121
LACTAID ULTRA 121
LACTASE 121
LACTEEZE GOUTTE 122
LACTOMAX 121
LACTOMAX EXTRA 121
LACTULOSE 107
LACTULOSE 107
LAIT DE MAGNESIE 120
LAMICTAL 78
LAMISIL 9
LAMIVUDINE 11
LAMIVUDINE, ZIDOVUDINE 11
LAMOTRIGINE 78
LAMOTRIGINE 78
LANCETTE 165
LANRÉOTIDE (ACÉTATE DE) 161
LANSOPRAZOLE 124
LANSOPRAZOLE 124
LANSOPRAZOLE LIQUIDE ORALE 124
LANSOPRAZOLE ODT 124
LANSOYL 120
LANSOYL SANS SUCRE 120
LANTHANUM CARBONATE HYDRATE 109
LANTUS 134
LANTUS SOLOSTAR 134
LANVIS 27
LASIX 109
LASIX SPECIAL 109
LATANOPROST 117
LATANOPROST, TIMOLOL (MALÉATE DE) 117
LATUDA 88
LAX-A-DAY 121
LAX-A-DAY PHARMA 121
LCD DANS CRÈME CORTICOSTÉROIDE 153
LCD DANS CRÈME NON-MÉDICINAL 153
LCD DANS ONGENT CORTICOSTÉROIDE 153
LCD DANS ONGENT NON-MÉDICINAL 153
LEDERLE LEUCOVORIN 155
LEFLUNOMIDE 159
LÉFLUNOMIDE 159
LÉNALIDOMIDE 21
LENVATINIB 21
LENVIMA 21
LESCOL 44
LESCOL XL 44
LETROZOLE 21
LÉTROZOLE 21
LEUCOVORINE CALCIQUE 155
LEUKERAN 18
LEUPROLIDE (ACÉTATE DE) 22
LEVATE 81
LEVEMIR FLEXTOUCH 134
LEVEMIR PENFILL 134
LEVETIRACETAM 78
LÉVÉTIRACÉTAM 78
LEVETIRACETAM LIQUIDE ORALE 78
LÉVOBUNOLOL (CHLORHYDRATE DE) 116
LÉVOCABASTINE (CHLORHYDRATE) 114
LÉVOCARNITINE 109
LÉVODOPA, BENSÉRAZIDE (CHLORHYDATE DE) 100
LÉVODOPA, CARBIDOPA 100
LÉVODOPA, CARBIDOPA, ENTACAPONE 100
LEVOFLOXACIN 6
LEVOFLOXACINE HÉMIHYDRATÉ 6
LÉVONORGESTREL 131
LÉVONORGESTREL DISPOSITIF INTRAUTÉRIN 131
LÉVONORGESTREL, ÉTHINYLESTRADIOL 131
LÉVOTHYROXINE SODIQUE 137
LIBERTE UT380 COURT DIU 104
LIBERTE UT380 STANDARD DIU 104
LIDEMOL 144
LIDEX 144
LIDOCAINE (CHLORHYDRATE DE) 116
LIDOCAINE, PRILOCAINE (CHLORHYDRATE DE) 145
LIDODAN VISCOUS 139
LIFE BRAND 31G 8MM AIGUILLE STYLO 163
LINAGLIPTIN 133
LINAGLIPTIN, METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) 133
LINCTUS CODEINE 69
LINESSA 21 130
LINESSA 28 130
LINEZOLID 8
LINÉZOLIDE 8
LINGETTES POUR ADHESIFS 165
LIORESAL 34
LIOTHYRONINE SODIQUE 138
LIPASE, AMYLASE, PROTEASE 122
LIPIDIL EZ 43
LIPIDIL SUPRA 43
LIPITOR 43
LISDEXAMFÉTAMINE (DIMÉSYLATE DE) 94
LISINOPRIL 56
LISINOPRIL 56
LISINOPRIL, HYDROCHLOROTHIAZIDE 57
LISINOPRIL/HCTZ (TYPE Z) 57
LITHANE 98
LITHIUM (CARBONATE DE) 98
LITHIUM (CITRATE DE) 98
LITHMAX 98
LIVOSTIN 114
LOCACORTEN VIOFORM 115
LODALIS 42
LODOXAMIDE (TROMÉTHAMINE DE) 114
LOESTRIN 131
LOLO 131
LOMUSTINE 22
LONITEN 47
LOPERAMIDE 120
LOPÉRAMIDE (CHLORHYDRATE DE) 120
LOPINAVIR, RITONAVIR 11
LOPRESOR 51
LOPRESOR SR 51
LOPROX 141
LORATADINE 1
LORATADINE 1
LORAZEPAM 96
LORAZÉPAM 96
LORAZEPAM SUBLINGUAL 96
LOSARTAN 61
LOSARTAN HCT 61
LOSARTAN POTASSIQUE 61
LOSARTAN POTASSIQUE, HYDROCHLOROTHIAZIDE 61
LOSARTAN/HCTZ 61
LOSARTAN-HCTZ 61
LOSEC 124
LOTRIDERM 141
LOUPE POUR SERINGUE 165
LOVASTATIN 44
LOVASTATINE 44
LOVENOX 38
LOVENOX HP 38
LOWPRIN 65
LOXAPINE (CHLORHYDRATE DE) 87
LOXAPINE (SUCCINATE DE) 87
LOZIDE 110
LUBRICATING 118
LUBRICATING NASAL MIST 118
LUCENTIS 118
LUCENTIS PFS 118
LUMIGAN RC 117
LUMIGAN RC (ON) 117
LUPIN-ESTRADIOL 132
LUPRON DEPOT 22
LURASIDONE (CHLORHYDRATE DE) 88
LUTERA 21 130
LUTERA 28 130
LUVOX 83
LYDERM 144
LYRICA 79
LYSODREN 22
M CALCIUM VITAMINE D 107
M SENNOSIDES 121
M-AAS 65
M-ACETAMINOPHEN 74
MACROBID 16
MACROGOL, POTASSIUM (CHLORURE DE), SODIUM (BICARBONATE DE), SODIUM (CHLORURE DE), SODIQUE (SULFATE DE) 120
MACROGOL, PROPYLENEGLYCOL 118
MAGIC MOUTHWASH GARGARISME 153
MAGLUCATE 108
MAGNESIUM 108
MAGNÉSIUM 108
MAGNÉSIUM (CITRATE DE) 120
MAGNÉSIUM (GLUCOHEPTONATE DE) 108
MAGNÉSIUM (GLUCONATE DE) 108
MAGNÉSIUM (HYDROXIDE DE) 120
MAGNÉSIUM (OXYDE DE) 120
MAGNESIUM OXIDE 120
MAGNESIUM-ODAN 108
MAGNIFIER 165
MAJEPTIL 92
M-AMLODIPINE 52
MANERIX 84

MAPROTILINE (CHLORHYDRATE DE)	**84**
MAR-ALLOPURINOL	155
MAR-AMITRIPTYLINE	81
MAR-AMLODIPINE	52
MAR-ANASTROZOLE	17
MAR-ATENOLOL	50
MARAVIROC	**11**
MAR-AZITHROMYCIN	3
MAR-CELECOXIB	66
MAR-CETIRIZINE	1
MAR-CIPROFLOXACIN	6
MAR-CITALOPRAM	81
MAR-CLOPIDOGREL	40
MAR-DOMPERIDONE	126
MAR-DONEPEZIL	28
MAR-DULOXETINE	82
MAR-ESCITALOPRAM	83
MAR-EZETIMIBE	42
MAR-FLUCONAZOLE	9
MAR-FLUOXETINE	83
MAR-GABAPENTIN	77
MAR-GALANTAMINE ER	29
MAR-LETROZOLE	21
MAR-METFORMIN	132
MAR-MODAFINIL	94
MAR-MONTELUKAST	112
MAR-MOXIFLOXACIN	7
MAR-OLANZAPINE	88
MAR-OLANZAPINE ODT	89
MAR-ONDANSETRON	122
MAR-PANTOPRAZOLE	125
MAR-PAROXETINE	84
MAR-PREGABALIN	79
MAR-QUETIAPINE	91
MAR-RAMIPRIL	58
MAR-RISPERIDONE	91
MAR-RIZATRIPTAN	98
MAR-RIZATRIPTAN ODT	98
MAR-ROSUVASTATIN	45
MAR-SERTRALINE	85
MAR-SIMVASTATIN	45
MAR-TOPIRAMATE	80
MAR-VALACYCLOVIR	13
MARVELON (21 JOURS)	130
MARVELON (28 JOURS)	130
MAR-ZOLMITRIPTAN	99
MATULANE	23
MAVIK	59
MAXALT	98
MAXALT RPD	98
MAXIDEX	115
MAXIMUM STRENGTH ACID REDUCER	123
MAZEPINE	76
M-B1	150
M-B12	150
M-B6	150
M-CAL	107
M-CAL D	107
M-D	151
M-DONEPEZIL	28
MÉBENDAZOLE	**2**
MED-ANASTROZOLE	17
MED-CYPROTERONE	161
MED-DORZOLAMIDE-TIMOLOL	117
MED-DUTASTERIDE	155
MED-EXEMESTANE	20
MEDI+SURE BANDELETTE (ON)	105
MEDI+SURE BANDELETTE (ON)	105
MEDI+SURE SOFT 30G TWIST	165
MEDI+SURE SOFT 33G TWIST	165
MED-LATANOPROST	117
MED-LETROZOLE	21
MED-MOXIFLOXACIN	7
MED-RIVASTIGMINE	29
MEDROL	129
MED-ROSUVASTATIN	45
MEDROXY	137
MEDROXYPROGESTERONE	137
MÉDROXYPROGESTÉRONE (ACÉTATE DE)	**137**
MED-SOLIFENACIN	148
MEGESTROL	22
MÉGESTROL (ACÉTATE DE)	**22**
MÉHADONE POUDRE (TDO)	71
MÉHADOSE AVEC INTÉRACTION DIRECT (TDO)	71
MEKINIST	27
MELOXICAM	67
MÉLOXICAM	**67**
MÉLOXICAM	67
MELPHALAN	**22**
MENTHOL&/OU CAMPHRE DANS CRÈME DE CORTICOSTÉROIDE	153
MENTHOL&CAMPHRE DANS LOTION DE CORTICOSTÉROIDE	153
MEPOLIZUMAB	**160**
MEPRON	16
MERCAPTOPURINE	**22**
MERCAPTOPURINE	22
MEROPENEM	3
MEROPENEM	**3**
MERREM	3
MÉSALAZINE	**126**
M-ESLON	72
MESTINON	29
MESTINON-SR	29
METADOL	71
METADOL-D	71
METAMUCIL FIBRE THERAPIE	121
METAMUCIL ORIGINAL	121
METAMUCIL T/L ORANGE	121
METAMUCIL T/L ORANGE (SANS SUCRE)	121
METFORMIN	132
METFORMIN FC	132
METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)	**132**
METFORMINE (CHLORHYDRATE DE), DAPAGLIFLOZINE	**135**
MÉTHADONE (CHLORHYDRATE DE)	**71**
MÉTHADONE (CHLORHYDRATE DE) BC	**71**
MÉTHADONE (CHLORHYDRATE DE) METADOL	**71**
METHADOSE	71
MÉTHADOSE LIVRAISON AVEC INTERACTION DIRECT (TDO)	71
MÉTHADOSE LIVRAISON SANS INTERACTION DIRECT (TDO)	71
MÉTHADOSE SANS INTÉRACTION DIRECT(TDO)	71
METHAZOLAMIDE	117
MÉTHAZOLAMIDE	**117**
METHOPRAZINE	88
METHOTREXATE	22
MÉTHOTREXATE SODIQUE	**22**
MÉTHOTRIMÉPRAZINE (CHLORHYDRATE DE)	**88**
METHYLDOPA	47
MÉTHYLDOPA	**47**
MÉTHYLDOPA, HYDROCHLOROTHIAZIDE	**47**
METHYLPHENIDATE	94
MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE)	**94**
METHYLPREDNISOLONE	129
MÉTHYLPREDNISOLONE	**129**
MÉTHYLPREDNISOLONE (ACÉTATE DE)	**129**
MÉTOCLOPRAMIDE (CHLORHYDRATE DE)	**126**
METOJECT	22
METOJECT SUBCUTANEOUS	22
MÉTOLAZONE	**110**
METONIA	126
METOPROLOL	51
MÉTOPROLOL (TARTRATE DE)	**51**
METOPROLOL LIQUIDE ORALE	51
METOPROLOL SR	51
METOPROLOL-L	51
METROGEL	141
METROLOTION	141
METRONIDAZOLE	16
MÉTRONIDAZOLE	**16**
METRONIDAZOLE LIQUIDE ORALE	16
MÉTRONIDAZOLE, NYSTATINE	**141**
MEXILÉTINE (CHLORHYDRATE DE)	**42**
MEZAVANT	126
M-EZETIMIBE	42
M-FOLIQUE	154
M-HC	144
M-HC UREA	145
MICARDIS	62
MICARDIS PLUS	62
MICATIN	142
MICONAZOLE (NITRATE DE)	**142**
MICONAZOLE 3 DAY OVULE TREATMENT	142
MICOZOLE	142
MICRO K	108
MICROLAX	121
MICROLET LANCETTE	165
MICRONOR 28-JOUR	131
MICTORYL PEDIATRIC	148
MIDAMOR	109
MIDODRINE	31
MIDODRINE (CHLORHYDRATE DE)	**31**
MIFEGYMISO	140
MIGRANAL	34
MINESTRIN 1/20 (21 JOURS)	131
MINESTRIN 1/20 (28 JOURS)	131
MINIMS ATROPINE	116
MINIMS CYCLOPENTOLATE	116
MINIMS PHENYLEPHRINE	116
MINIMS PILOCARPINE	117
MINIMS PREDNISOLONE	115

MINIPRESS 49
MINITRAN 48
MINOCYCLINE 7
MINOCYCLINE (CHLORHYDRATE DE) 7
MIN-OVRAL (21 JOURS) 131
MIN-OVRAL (28 JOURS) 131
MINOXIDIL 47
MINT-ALENDRONATE 156
MINT-AMLODIPINE 52
MINT-ANASTROZOLE 17
MINT-ATENOL 50
MINT-CELECOXIB 66
MINT-CIPROFLOX 6
MINT-CIPROFLOXACIN 6
MINT-CITALOPRAM 81
MINT-CLONIDINE 47
MINT-CLOPIDOGREL 40
MINT-DORZOLAMIDE/TIMOLOL 117
MINT-DULOXETINE 82
MINT-DUTASTERIDE 155
MINT-ESCITALOPRAM 83
MINT-EZETIMIBE 42
MINT-FENOFIBRATE E 43
MINT-FINASTERIDE 155
MINT-FLUOXETINE 83
MINT-GLICLAZIDE MR 135
MINT-HYDROXYCHLOROQUINE 15
MINT-INDOMETHACIN 67
MINT-IRBESARTAN 60
MINT-IRBESARTAN/HCTZ 60
MINT-ITRACONAZOLE 9
MINT-LEVOCARB 100
MINT-LOSARTAN 61
MINT-LOSARTAN/HCTZ 61
MINT-METFORMIN 132
MINT-MONTELUKAST 112
MINT-OLANZAPINE ODT 89
MINT-OLOPATADINE 114
MINT-ONDANSETRON 122
MINT-PANTOPRAZOLE 125
MINT-PAROXETINE 84
MINT-PIOGLITAZONE 136
MINT-PRAVASTATIN 44
MINT-PREGABALIN 79
MINT-QUETIAPINE 90
MINT-RAMIPRIL 58
MINT-RISPERIDON 91
MINT-ROSUVASTATIN 45
MINT-SERTRALINE 85
MINT-SIMVASTATIN 45
MINT-SOLIFENACIN 148
MINT-TOLTERODINE 148
MINT-TOPIRAMATE 80
MINT-ZOLMITRIPTAN 99
MIO 6MMX32 ENSEMBLE DE PERFUSION TRANSPARENT 164
MIO 9MMX32 ENSEMBLE DE PERFUSION TRANSPARENT 164
MIO 6MMX18 ENSEMBLE DE PERFUSION BLEU 164
MIO 6MMX18 ENSEMBLE DE PERFUSION ROSE 164
MIO 6MMX23 ENSEMBLE DE PERFUSION ROSE 164
MIO 6MMX23 ENSEMBLE DE PERFUSION BLEU 164
MIOSTAT 117
MIRABEGRON 149
MIRAPEX 101
MIRAPEX CO(ON) 101
MIRENA 131
MIRTAZAPINE 84
MIRTAZAPINE 84
MIRVALA 21 130
MIRVALA 28 130
MISOPROSTOL 124
MISOPROSTOL 124
MISOPROSTOL, DICLOFENAC SODIUM 67
MISOPROSTOL, MIFEPRISTONE 140
MITOTANE 22
MK 10 108
MK 20 108
MK 8 108
MK20 SOLUBLE 108
MOBICOX 67
MOCLOBEMIDE 84
MOCLOBÉMIDE 84
MODAFINIL 94
MODECATE 87
MODULON 31
MOFÉTIL MYCOPHÉNOLATE 160
MOGADON 97
MOMÉTASONE (FUROATE DE) 115
MOMETASONE CRÈME 145
MONA LISA 10 DIU 104
MONA LISA 5 DIU 104
MONA LISA N DIU 104
MONISTAT 3 142
MONISTAT 3 DUAL-PAK 142
MONISTAT 7 142
MONISTAT 7 DUAL-PAK 142
MONISTAT DERM 142
MONOJECT 0.5CC SERINGUE 165
MONOJECT 0.5CC/1CC SERINGUE 165
MONOLET 21G LANCETTE 165
MONOLET THIN (MONOJECT) 28G 165
MONTELUKAST 112
MONTELUKAST SODIQUE 112
MONTELUKAST SODIUM 112
MONTKIDDY BLEU 32GX4MM AIGUILLE 163
MONTKIDDY JAUNE 32GX4 AIGUILLE 163
MONTKIDDY ROSE 32GX4MM AIGUILLE 163
MONTKIDDY VERT 32GX4 AIGUILLE 163
MONUROL 16
MORPHINE (CHLORHYDRATE DE) 71
MORPHINE (SULFATE DE) KADIAN 72
MORPHINE SR 72
MORPHINE SULFATE 72
MOTION SICKNESS 122
MOTRIN 67
MOTRIN ENFANTS 67
MOVISSE 131
MOXIFLOXACIN 7
MOXIFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE) 7
MOXIFLOXACINE (OPHTHALMIQUE) 114
MOZOBIL 40
M-PANTOPRAZOLE 125
MPD THIN LANCETTE (NS) 165
MPD ULTRA THIN LANCETTE (100) 165
MPD ULTRA THIN LANCETTE (200) 165
M-PEG 3350 120
M-PREGABALIN 79
MS CONTIN SR 72
MS IR 72
M-SENNOSIDES 121
M-SULFATE FERREUX 37
MUCILLIUM 121
MULTIVITAMINES PÉDIATRIQUES 152
MULTIVITAMINES PRÉ & POST NATALES PLUS ACIDE FOLIQUE WAMPOLE 152
MULTIVITAMINES PRÉNATALES 152
MUPIROCIN CALCIUM 141
MUPIROCINE 141
MURO 128 118
MYA 130
MYCOBUTIN 10
MYCOPHENOLATE 160
MYCOPHENOLATE MOFETIL 160
MYCOPHÉNOLATE SODIQUE 160
MYDFRIN 116
MYDRIACYL 116
MYFORTIC 160
MYHEALTH CASE- 7 UNIQUE SERINGUE 163
MYHEALTH CASE-UNIQUE SERINGUE 163
MYLAN-ABACAVIR/LAMIVUDINE 10
MYLAN-ACEBUTOLOL 50
MYLAN-ACYCLOVIR 13
MYLAN-ALENDRONATE 156
MYLAN-ALMOTRIPTAN 98
MYLAN-ALPRAZOLAM 95
MYLAN-AMIODARONE 42
MYLAN-AMLODIPINE 53
MYLAN-AMOXICILLIN 4
MYLAN-ATAZANAVIR 10
MYLAN-ATENOLOL 50
MYLAN-ATOMOXETINE 102
MYLAN-ATORVASTATIN 43
MYLAN-BACLOFEN 34
MYLAN-BECLO AQ 115
MYLAN-BOSENTAN 49
MYLAN-BUDESONIDE AQ 115
MYLAN-BUPRENORPHINE/NALOXONE 73
MYLAN-BUPROPION XL 81
MYLAN-CANDESARTAN 59
MYLAN-CELECOXIB 66
MYLAN-CILAZAPRIL 55
MYLAN-CIMETIDINE 123
MYLAN-CIPROFLOXACIN 6
MYLAN-CITALOPRAM 82
MYLAN-CLINDAMYCIN 7
MYLAN-CLOBETASOL 143
MYLAN-CYCLOBENZAPRINE 34
MYLAN-DIVALPROEX 76
MYLAN-DONEPEZIL 28
MYLAN-DULOXETINE 82
MYLAN-EFAVIRENZ 11
MYLAN-EFAVIRENZ/EMTRICITABINE/TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE 11
MYLAN-EMTRICITABINE/TENOFOVIR DISOPROXIL 12
MYLAN-ENALAPRIL 55
MYLAN-ESCITALOPRAM 83

MYLAN-FAMOTIDINE 123
MYLAN-FENTANYL MATRIX 70
MYLAN-FLUCONAZOLE 9
MYLAN-FLUOXETINE 83
MYLAN-GALANTAMINE ER 29
MYLAN-GLICLAZIDE MR 135
MYLAN-HYDROXYCHLOROQUINE 15
MYLAN-HYDROXYUREA 20
MYLAN-INDAPAMIDE 110
MYLAN-IPRATROPIUM 30
MYLAN-IRBESARTAN 60
MYLAN-LAMOTRIGINE 78
MYLAN-LANSOPRAZOLE 124
MYLAN-LOSARTAN 61
MYLAN-LOSARTAN HCTZ 61
MYLAN-MELOXICAM 67
MYLAN-METFORMIN 132
MYLAN-MINOCYCLINE 7
MYLAN-MIRTAZAPINE 84
MYLAN-MYCOPHENOLATE 160
MYLAN-NAPROXEN 68
MYLAN-NAPROXEN EC 68
MYLAN-NEVIRAPINE 11
MYLAN-NIFEDIPINE 54
MYLAN-NITRO 48
MYLAN-OLANZAPINE 88
MYLAN-OMEPRAZOLE 124
MYLAN-ONDANSETRON 122
MYLAN-PANTOPRAZOLE 125
MYLAN-PANTOPRAZOLE T 125
MYLAN-PAROXETINE 84
MYLAN-PERINDOPRIL/INDAPAMIDE 57
MYLAN-PIOGLITAZONE 136
MYLAN-PREGABALIN 79
MYLAN-PROPAFENONE 42
MYLAN-RISPERIDONE ODT 92
MYLAN-RIZATRIPTAN ODT 98
MYLAN-ROSUVASTATIN 45
MYLAN-SIMVASTATIN 45
MYLAN-SUMATRIPTAN 99
MYLAN-TELMISARTAN 62
MYLAN-TENOFOVIR DISOPROXIL 12
MYLAN-TOLTERODINE ER 148
MYLAN-TOPIRAMATE 80
MYLAN-VALACYCLOVIR 13
MYLAN-VALSARTAN 63
MYLAN-VANCOMYCIN 8
MYLAN-VENLAFAXINE XR 86
MYLAN-VERAPAMIL 55
MYLAN-VERAPAMIL SR 55
MYLAN-ZOLMITRIPTAN 99
MYLAN-ZOLMITRIPTAN ODT 99
MYLERAN 18
MYOCHRYSINE 127
MYRBETRIQ 149
NABILONE 123
NACL SALINE PF SERINGUE 108
NADOLOL 51
NADOLOL 51
NADROPARINE CALCIQUE 39
NADRYL 1
NAFARÉLINE (ACÉTATE DE) 132
NALCROM 112
NALOXONE 75
NALOXONE (CHLORHYDRATE DE) 74
NALOXONE KIT 3 FIOLES/AMP 74
NALOXONE TROUSSE 75
NALTREXONE (CHLORHYDRATE DE) 75
NALTREXONE HYDROCHLORIDE 75
NAPHAZOLINE (CHLORHYDRATE DE) 116
NAPROSYN 68
NAPROXEN 68
NAPROXEN EC 68
NAPROXEN SODIUM 67
NAPROXEN SODIUM DS 68
NAPROXÈNE 67
NAPROXÈNE 68
NAPROXEN-NA 68
NAPROXEN-NA DF 68
NARATRIPTAN (CHLORHYDRATE DE) 98
NARCAN 75
NARDIL 85
NASACORT AQ 115
NASONEX 115
NAT-ALPRAZOLAM 95
NAT-ANASTROZOLE 17
NAT-CITALOPRAM 81
NAT-DONEPEZIL 28
NAT-ESCITALOPRAM 83
NAT-GRANISETRON 122
NAT-IMATINIB 20
NAT-LETROZOLE 21
NAT-LEVETIRACETAM 78
NAT-OMEPRAZOLE DR 125
NAT-ONDANSETRON 122
NAT-QUETIAPINE 90
NAT-RIZATRIPTAN ODT 98
NAT-ZOLMITRIPTAN 99
NAUSEATOL 122
NAVANE 92
NÉDOCROMIL DE SODIUM 114
NELFINAVIR (MÉSYLATE DE) 11
NEO-FER 37
NEORAL 159
NÉOSTIGMINE (BROMURE DE) 29
NEO-ZOL 142
NÉPAFÉNAC 116
NESTLÉ MATERNA 152
NEULASTA 40
NEULEPTIL 89
NEUPOGEN 40
NEUPOGEN (ON) 40
NEUPOGEN (QC) 40
NEUPRO 101
NEURONTIN 77
NEUTROGENA 146
NEVANAC 116
NÉVIRAPINE 11
NIACIN 150
NIACINE 150
NICACIN 150
NICODERM TIMBRE 36
NICORETTE GOMME 35
NICOTINE (GOMME À MÂCHER) 35
NICOTINE (INHALATEUR) 35
NICOTINE (PASTILLE) 35
NICOTINE (TIMBRE CUTANÉ) 35
NICOTROL TIMBRE 35
NIDAGEL 141
NIFEDIPINE 53
NIFÉDIPINE 53
NILOTINIB 22
NILUTAMIDE 23
NIMODIPINE 54
NIMOTOP 54
NINTEDANIB 111
NITOMAN 103
NITRAZÉPAM 97
NITRO-DUR 48
NITROFURANTOIN 16
NITROFURANTOÏNE 16
NITROFURANTOINE LIQUIDE ORALE 16
NITROGLYCÉRINE 48
NITROL 48
NITROLINGUAL PUMPSPRAY 48
NITROSTAT 48
NIX 142
NIX DERMAL 142
NIZATIDINE 123
NIZORAL 142
NOLVADEX-D 26
NORÉTHINDRONE 131
NORÉTHINDRONE, ÉTHINYLESTRADIOL 131
NORFLOXACIN 7
NORFLOXACINE 7
NORGESTIMATE, ÉTHINYLESTRADIOL 131
NORITATE 141
NORTRIPTYLINE (CHLORHYDRATE DE) 84
NORVASC 53
NORVIR 11
NOVA MAX BANDELETTE 106
NOVAMILOR 109
NOVAMOXIN 4
NOVASEN 65
NOVA-T COPP 3 CU 200 DIU 104
NOVO-CIMETINE 123
NOVO-CLINDAMYCIN 8
NOVO-CLOBETASOL 143
NOVO-DESIPRAMINE 82
NOVO-DIFLUNISAL 66
NOVO-ETIDRONATECAL 157
NOVOFINE 30GX8MM AIGUILLE 162
NOVOFINE 30GX8MM AIGUILLE 162
NOVOFINE 32G AIGUILLE STYLO 163
NOVOFINE PLUS 4MM AIGUILLE 163
NOVO-FLUCONAZOLE 9
NOVO-FLUVOXAMINE 83
NOVO-GESIC 74
NOVO-GESIC FORT 74
NOVO-HYDROXYZIN 97
NOVOLIN AIGUILLE STYLO 162
NOVOLIN GE 30/70 134
NOVOLIN GE 30/70 PENFILL 134
NOVOLIN GE 40/60 PENFILL 134
NOVOLIN GE 50/50 PENFILL 134
NOVOLIN GE NPH 134
NOVOLIN GE NPH 100U/ML PENFILL 134
NOVOLIN GE NPH PENFILL 134
NOVOLIN GE TORONTO 134
NOVOLIN GE TORONTO PENFILL 134
NOVO-MEPRAZINE 88

NOVO-PENICILLIN G POTASSIUM 5
NOVO-PHENIRAM 1
NOVO-PRAMINE 84
NOVO-PROFEN 67
NOVORAPID 134
NOVO-RIVASTIGMINE 29
NOVO-RYTHRO ESTOLATE 4
NOVO-VALPROIC 76
NOVO-VERAMIL 55
NOVO-VERAMIL SR 55
NU-CAL 107
NU-CAL D 107
NUCALA 160
NUVARING 130
NYADERM 142
NYDA 142
NYSTATINE 9
O-CALCIUM 107
OCCLUSAL HP 146
OCPHYL 153
OCTREOTIDE 153
OCTREOTIDE (ACÉTATE DE) 153
OCTREOTIDE ACETATE OMEGA 153
OCUFLOX 114
ODAN K20 108
ODAN K-8 108
ODAN LIQUOR CARBONIS DETERGENT 146
ODAN SODIUM CHLORIDE 118
ODAN-ERYTHROMYCIN 114
ODAN-FLUOXETINE 83
ODAN-SODIUM CHLORIDE 118
OESCLIM 131
OFEV 111
OFLOXACINE 114
OLANZAPINE 88
OLANZAPINE 88
OLANZAPINE ODT 89
OLESTYR 42
OLMESARTAN MEDOXOMIL 62
OLMESARTAN MEDOXOMIL, HYDROCHLOROTHIAZIDE 62
OLMETEC 62
OLMETEC PLUS 62
OLODATEROL (CHLORHYDRATE DE), TIOTROPIUM MONOHYDRATÉ (BROMURE DE) 33
OLOPATADINE (CHLORHYDRATE DE) 114
OLSALAZINE SODIQUE 126
OMALIZUMAB 113
OMBITASVIR, PARITAPREVIR, RITONAVIR, DASABUVIR 14
OMEPRAZOLE 124
OMEPRAZOLE LIQUIDE ORALE 125
OMEPRAZOLE MAGNESIUM 124
OMEPRAZOLE-20 124
ONABOTULINUMTOXIN A 161
ONBREZ BREEZHALER 32
ONDANSETRON 122
ONDANSETRON (CHLORHYDRATE DE) 122
ONDISSOLVE ODF 122
ONE ALPHA 151
ONE TOUCH BANDELETTE 106
ONE TOUCH VERIO BANDELETTE (ON) 106
ONE TOUCH VERIO BANDELETTE 106
ONE-ALPHA 151
ONETOUCH DELICA 30G LANCETTE 165
ONETOUCH DELICA 33G LANCETTE 165
ONETOUCH ULTRASOFT LANCETTE 165
ONGLYZA 133
ONGUENT TOUT USAGE POUR TTÉINES 153
OPIOIDE LIQUIDE ORALE 154
OPTICHAMBER DIAMOND (CHAMBRE) 162
OPTICHAMBER DIAMOND MASQUE GRAND 162
OPTICHAMBER DIAMOND MASQUE MOYEN 162
OPTICHAMBER DIAMOND MASQUE PETIT 162
OPTICHAMBRE 162
OPTICHAMBRE MASQUE GRAND 162
OPTICHAMBRE MASQUE MOYEN 162
OPTICHAMBRE MASQUE PETIT 162
OPTICROM 114
OPTIHALER 162
OPTIMYXIN 114
OPTION 2 131
OPUS CAL D 107
OPUS SENNOSIDES 121
ORACORT DENTAL PASTE 145
ORAP 90
ORCIPRENALINE 33
ORCIPRÉNALINE (SULFATE D') 33
ORENCIA 157
OSTO-D2 151
OVIMA 21 131
OVIMA 28 131
OXAZEPAM 97
OXAZÉPAM 97
OXEZE TURBUHALER 32
OXPAM 97
OXTRIPHYLLINE 149
OXYBUTYNIN 148
OXYBUTYNINE (CHLORURE D') 148
OXYCODONE 73
OXYCODONE (CHLORHYDRATE DE) 73
OXYCODONE/ACET 69
OXYCODONE-ACET 69
OXY-IR 73
OYSTER SHELL CALCIUM 107
PALAFER 37
PALBOCICLIB 23
PALIPERIDONE (PALMITATE DE) 89
PAL-TIZANIDINE 34
PAMIDRONATE 157
PAMIDRONATE DISODIQUE 157
PAMIDRONATE DISODIUM 157
PAMIDRONATE DISODIUM OMEGA 157
PANTOLOC 125
PANTOPRAZOLE 125
PANTOPRAZOLE MAGNESIUM 125
PANTOPRAZOLE MAGNESIUM 125
PANTOPRAZOLE SODIQUE 125
PANTOPRAZOLE T 125
PANTOPRAZOLE-40 125
PARADIGM SILHOUETTE 13MMX 43' 164
PARADIGM SILHOUETTE 13MMX18" 164
PARADIGM SILHOUETTE 13MMX23' 164
PARADIGM SILHOUETTE 13MMX32" 164
PARADIGM SILHOUETTE 17MMX23' 164
PARADIGM SILHOUETTE 17MMX32" 164
PARADIGM SILHOUETTE 17MMX43' 164
PARADIGM SILHOUETTE CANULE 13 164
PARADIGM SILHOUETTE CANULE 17 164
PARADIGM SURE-T 29G 6MMX18' 164
PARADIGM SURE-T 29G 6MMX23' 164
PARADIGM SURE-T 29G 8MMX23' 164
PARIET 125
PARNATE 85
PAROMOMYCINE (SULFATE DE) 15
PAROXETINE 84
PAROXETINE (CHLORHYDRATE DE) 84
PARSITAN 100
PASTILLES NICORETTE 35
PASTILLES NICOTINE THRIVE 35
PATANOL 114
PATE D'IHLE 146
PÂTE D'IHLE 146
PAT-GALANTAMINE ER 29
PAXIL 84
PAZOPANIB 23
PDP-ACETAMINOPHÈNE 74
PDP-BENZTROPINE 100
PDP-DESONIDE 144
PDP-DIPHENHYDRAMINE 1
PDP-ERYTHROMYCIN 114
PDP-ISONIAZID 10
PDP-PROCYCLIDINE 100
PDP-PYRAZINAMIDE 10
PEDIAFER 37
PEDIALYTE 108
PEDIAPHEN 73
PEDIAPRED 130
PEDIATRIC ELECTROLYTE 108
PEDIATRIX 74
PEDIAVIT 152
PEDIAVIT D 151
PEG 3350 121
PEGASYS 12
PEGASYS RBV 12
PEGETRON TROUSSE 13
PEGFILGRASTIM 40
PEGINTERFÉRON ALFA-2A 12
PEGINTERFÉRON ALFA-2A, RIBAVIRINE 12
PEGINTERFÉRON ALFA-2B, RIBAVIRINE 13
PEGLYTE 120
PÉNICILLAMINE 128
PENICILLIN G 5
PENICILLIN G POTASSIUM 5
PENICILLIN G SODIUM 5
PENICILLINE G BENZATHINE 5
PENICILLINE G SODIQUE 5
PENICILLINE G SODIQUE INFUSION STERILE 5
PÉNICILLINE V POTASSIQUE 5
PENTASA 126
PENTOSAN SODIQUE (POLYSULFATE DE) 153
PENTOXIFYLLINE 40
PENTOXIFYLLINE 40
PEN-VK 5

PEPTO BISMOL 120
PERICHLOR 114
PÉRICYAZINE 89
PERIDEX 114
PERINDOPRIL ERBUMINE 57
PERINDOPRIL ERBUMINE, INDAPAMIDE 57
PERIOGARD 114
PERMÉTHRINE 142
PERPHENAZINE 89
PERPHÉNAZINE 89
PETROLATUM BLANC 145
PETROLATUM BLANC, LANOLINE, HUILE MINÉRALE 118
PHARIXIA 116
PHARMA-CAL 107
PHARMA-D 151
PHARMA-K20 108
PHARMA-LACTULOSE 107
PHARMA-SIMVASTATIN 46
PHENAZOPYRIDINE COMPOUNDED 153
PHÉNELZINE (SULFATE DE) 85
PHENOBARB 75
PHÉNOBARBITAL 75
PHENYLEPHRINE 116
PHENYLEPHRINE (CHLORHYDRATE DE) 116
PHÉNYTOÏNE 76
PHILLIPS LAIT DE MAGNESIE 120
PHILLIPS MAGNESIUM 120
PHOSLAX 121
PHOSPHATES 121
PHYTONADIONE 152
PICO-SALAX 120
PILE-POMPE A INSULINE 163
PILOCARPINE 117
PILOCARPINE (CHLORHYDRATE DE) 29
PILOCARPINE (NITRATE DE) 117
PILOCARPINE HYDROCHLORIDE 29
PIMÉCROLIMUS 147
PIMOZIDE 90
PIMOZIDE 90
PINAVERIUM (BROMURE DE) 126
PINDOLOL 52
PINDOLOL 52
PIOGLITAZONE (CHLORHYDRATE DE) 136
PIPERACILLIN SODIUM/TAZOBACTAM SODIUM 5
PIPERACILLIN, TAZOBACTAM 5
PIPÉRONYLE (BUTOXIDE DE), PYRÉTHRINES 142
PIPORTIL L4 50 90
PIPOTIAZINE (PALMITATE DE) 90
PIRFENIDONE 111
PIROXICAM 68
PIZOTIFEN (MALÉATE DE) 99
PLAN B 131
PLAQUENIL 15
PLASTIPAK MICRO 8410 SERINGUE 165
PLAVIX 40
PLENDIL 53
PLERIXAFOR 40
PMS DESIPRAMINE 82
PMS DEXAMETHASONE 129
PMS FLUPHENAZINE 87
PMS HYDROMORPHONE 71
PMS HYDROXYZINE 98
PMS PERPHENAZINE 89
PMS PROCHLORPERAZINE 90
PMS TRAZODONE 86
PMS-AAS EC 65
PMS-ABACAVIR/LAMIVUDINE 10
PMS-ACETAMINOPHEN 69
PMS-ACETAMINOPHÈNE 74
PMS-ALENDRONATE 156
PMS-AMANTADINE 10
PMS-AMIODARONE 42
PMS-AMITRIPTYLINE 81
PMS-AMLODIPINE 52
PMS-AMLODIPINE-ATORVASTATIN 53
PMS-AMOXICILLIN 4
PMS-AMPHETAMINES XR 93
PMS-ANAGRELIDE 39
PMS-ANASTROZOLE 17
PMS-ATENOLOL 50
PMS-ATOMOXETINE 102
PMS-ATORVASTATIN 43
PMS-AZITHROMYCIN 4
PMS-BACLOFEN 34
PMS-BENZTROPINE 100
PMS-BENZYDAMINE 116
PMS-BETAHISTINE 103
PMS-BEZAFIBRATE 43
PMS-BICALUTAMIDE 17
PMS-BISACODYL 120
PMS-BISOPROLOL 50
PMS-BOSENTAN 49
PMS-BRIMONIDINE 116
PMS-BROMOCRIPTINE 100
PMS-BUPRENORPHINE-NALOXONE 73
PMS-BUPROPION SR 81
PMS-BUSPIRONE 97
PMS-CANDESARTAN 59
PMS-CANDESARTAN HCTZ 59
PMS-CAPTOPRIL 55
PMS-CARBAMAZEPINE 76
PMS-CARVEDILOL 51
PMS-CELECOXIB 66
PMS-CEPHALEXIN 3
PMS-CETIRIZINE 1
PMS-CILAZAPRIL 55
PMS-CIPROFLOXACIN 6
PMS-CITALOPRAM 81
PMS-CLARITHROMYCIN 4
PMS-CLOBAZAM 75
PMS-CLOBETASOL 143
PMS-CLONAZEPAM 75
PMS-CLONAZEPAM-R 75
PMS-CLOPIDOGREL 40
PMS-CODEINE 69
PMS-COLCHICINE 156
PMS-CYCLOBENZAPRINE 34
PMS-DESMOPRESSIN 136
PMS-DEXAMETHASONE 115
PMS-DIAZEPAM 96
PMS-DICLOFENAC 66
PMS-DILTIAZEM CD 54
PMS-DIMENHYDRINATE 122
PMS-DIPHENHYDRAMINE 1
PMS-DIVALPROEX 76
PMS-DOMPERIDONE 126
PMS-DONEPEZIL 28
PMS-DORZOLAMIDE-TIMOLOL 117
PMS-DOXAZOSIN 49
PMS-DULOXETINE 82
PMS-DUTASTERIDE 155
PMS-EMTRICITABINE-TENOFOVIR 12
PMS-ENTECAVIR 13
PMS-ERLOTINIB 19
PMS-ESCITALOPRAM 83
PMS-EZETIMIBE 42
PMS-FAMCICLOVIR 13
PMS-FENTANYL MTX 70
PMS-FERROUS SULFATE 37
PMS-FINASTERIDE 155
PMS-FLUCONAZOLE 9
PMS-FLUOXETINE 83
PMS-FLUPHENAZINE 87
PMS-FLUTAMIDE 20
PMS-FOSINOPRIL 56
PMS-FUROSEMIDE 109
PMS-GABAPENTIN 77
PMS-GALANTAMINE ER 29
PMS-GEMFIBROZIL 43
PMS-GLYBURIDE 136
PMS-HALOPERIDOL 87
PMS-HYDROCHLOROTHIAZIDE 109
PMS-HYDROMORPHONE 71
PMS-IBUPROFEN 67
PMS-IMATINIB 20
PMS-INDAPAMIDE 110
PMS-IPRATROPIUM 30
PMS-IRBESARTAN 60
PMS-IRBESARTAN-HCTZ 60
PMS-ISMN 48
PMS-ISOSORBIDE 47
PMS-KETOPROFEN 67
PMS-LACTULOSE 107
PMS-LAMOTRIGINE 78
PMS-LANSOPRAZOLE 124
PMS-LATANOPROST 117
PMS-LATANOPROST-TIMOLOL 117
PMS-LEFLUNOMIDE 159
PMS-LETROZOLE 21
PMS-LEVETIRACETAM 78
PMS-LEVOCARB 100
PMS-LEVOFLOXACIN 6
PMS-LIDOCAINE VISCOUS 139
PMS-LISINOPRIL 56
PMS-LITHIUM CARBONATE 98
PMS-LITHIUM CITRATE 98
PMS-LOPERAMIDE 120
PMS-LORAZEPAM 96
PMS-LOSARTAN 61
PMS-LOSARTAN-HCTZ 61
PMS-LOVASTATIN 44
PMS-MELOXICAM 67
PMS-METFORMIN 132
PMS-METHOTREXATE 22
PMS-METHYLPHENIDATE 94
PMS-METHYLPHENIDATE ER 94
PMS-METOPROLOL-B 51
PMS-METOPROLOL-L 51

PMS-METRONIDAZOLE 16
PMS-MINOCYCLINE 7
PMS-MIRTAZAPINE 84
PMS-MOCLOBEMIDE 84
PMS-MOMETASONE 145
PMS-MONTELUKAST 112
PMS-MOXIFLOXACIN 114
PMS-NABILONE 123
PMS-NAPROXEN 68
PMS-NAPROXEN EC 68
PMS-NEVIRAPINE 11
PMS-NIFEDIPINE 53
PMS-NIZATIDINE 123
PMS-NYSTATIN 9
PMS-OLANZAPINE 88
PMS-OLANZAPINE ODT 89
PMS-OLMESARTAN 62
PMS-OMEPRAZOLE 124
PMS-ONDANSETRON 122
PMS-OXYBUTYNIN 148
PMS-OXYCODONE 73
PMS-PAMIDRONATE 157
PMS-PANTOPRAZOLE 125
PMS-PAROXETINE 84
PMS-PERINDOPRIL 57
PMS-PINDOLOL 52
PMS-PIOGLITAZONE 136
PMS-POLYTRIMETHOPRIM 114
PMS-POTASSIUM 108
PMS-PRAMIPEXOLE 101
PMS-PRAVASTATIN 44
PMS-PREDNISOLONE 130
PMS-PREGABALIN 79
PMS-PROCHLORPERAZINE 90
PMS-PROPAFENONE 42
PMS-PROPRANOLOL 52
PMS-QUETIAPINE 90
PMS-QUINAPRIL 57
PMS-RABEPRAZOLE 125
PMS-RALOXIFENE 132
PMS-RAMIPRIL 58
PMS-RAMIPRIL-HCTZ 58
PMS-RANITIDINE 123
PMS-REPAGLINIDE 134
PMS-RISEDRONATE 157
PMS-RISPERIDONE 91
PMS-RISPERIDONE ODT 92
PMS-RIVASTIGMINE 29
PMS-RIZATRIPTAN RDT 98
PMS-ROPINIROLE 101
PMS-ROSUVASTATIN 45
PMS-SALBUTAMOL 33
PMS-SENNOSIDES 121
PMS-SERTRALINE 85
PMS-SILDENAFIL R 48
PMS-SIMVASTATIN 45
PMS-SODIUM CROMOGLYCATE 112
PMS-SOLIFENACIN 148
PMS-SOTALOL 52
PMS-SULFASALAZINE 7
PMS-SUMATRIPTAN 99
PMS-TELMISARTAN 62
PMS-TELMISARTAN-HCTZ 62
PMS-TERAZOSIN 49
PMS-TERBINAFINE 9
PMS-TESTOSTERONE 130
PMS-TETRABENAZINE 103
PMS-TIAPROFENIC 65
PMS-TIMOLOL 117
PMS-TOPIRAMATE 80
PMS-TRAZODONE 86
PMS-TRIHEXYPHENIDYL 100
PMS-URSODIOL 121
PMS-VALACYCLOVIR 13
PMS-VALPROIC ACID 76
PMS-VALSARTAN 63
PMS-VANCOMYCIN 8
PMS-VANCOMYCIN 1 G 8
PMS-VENLAFAXINE XR 86
PMS-VERAPAMIL SR 55
PMS-ZOLMITRIPTAN 99
PMS-ZOLMITRIPTAN ODT 99
POCKET CHAMBER MASQUE MOYEN 162
POCKET CHAMBER-MASQUE ADULTE 162
POCKET CHAMBER-MASQUE BÉBÉ 162
POCKET CHAMBER-MASQUE PETIT 162
POCKET CHAMBRE 162
PODOFILM 147
PODOFILOX 147
PODOPHYLLINE 147
PODS 164
POLLEN 154
POLLEN ET SANS POLLEN 154
POLLINEX R 154
POLYETHYLENE GLYCOL 120
POLYETHYLENE GLYCOL 3350 120
POLYÉTHYLÈNE GLYCOL 3350 120
POLYÉTHYLÈNE GLYCOL 3350, SODIQUE (SULFATE DE), SODIUM (BICARBONATE DE), SODIUM (CHLORURE DE), POTASSIUM (CHLORURE DE) 121
POLYÉTHYLÈNE GLYCOL 3350, SODIQUE (SULFATE DE), SODIUM (BICARBONATE DE), SODIUM (CHLORURE DE), POTASSIUM (CHLORURE DE), BISACODYL 121
POLYMYXINE B (SULFATE DE), BACITRACINE (ZINC DE) 114
POLYMYXINE B (SULFATE DE), BACITRACINE (ZINC DE), GRAMICIDINE 141
POLYMYXINE B (SULFATE DE), GRAMICIDINE 114
POLYMYXINE B (SULFATE DE), TRIMÉTHOPRIME (SULFATE DE) 114
POLYSACCHARIDE COMPLEXE-FER 37
POLYSPORIN 114
POLYSPORIN ANTIBIOTIC 141
POLYSPORIN EYE AND EAR 114
POLYSPORIN TRIPLE 141
POLYSTYRÈNE CALCIQUE (SULFONATE DE) 108
POLYSTYRÈNE SODIQUE (SULFONATE DE) 108
POLYTOPIC 141
POLYTRIM 114
PONATINIB (HYDROCHLORURE DE) 23
PONSTAN 65
PORTIA 21 131
PORTIA 28 131
POTASSIUM (CHLORURE DE) 108
POVIDONE-IODINE 142
PRADAXA 38
PRAMIPEXOLE 101
PRAMIPEXOLE (DICHLORHYDRATE DE) 101
PRAVACHOL 44
PRAVASTATIN 44
PRAVASTATIN-10 44
PRAVASTATIN-20 44
PRAVASTATIN-40 44
PRAVASTATINE SODIQUE 44
PRAZOSINE (CHLORHYDRATE DE) 49
PRECISION XTRA BANDELETTE 106
PRED FORTE 115
PRED MILD 115
PREDNISOLONE (ACÉTATE DE) 115
PREDNISOLONE (ACÉTATE DE), SULFACÉTAMIDE SODIQUE 115
PREDNISOLONE (PHOSPHATE SODIQUE DE) 115
PREDNISOLONE/SULFACETAMIDE 115
PREDNISONE 130
PREDNISONE 130
PREDNISONE LIQUIDE ORALE 130
PREGABALIN 79
PRÉGABALINE 79
PREMARIN 132
PREMPLUS 132
PRENATAL AND POSTPARTUM VITAMINS AND MINERALS 152
PRÉPARATION MAGISTRALE STÉRILE 153
PRÉPARATIONS MAGISTRALES 153
PRÉPARATIONS MAGISTRALES (LU) 153
PREVACID 124
PREVACID FASTAB 124
PREVEX HC 144
PREZCOBIX 10
PREZISTA 10
PRIMAQUINE 16
PRIMAQUINE (PHOSPHATE DE) 16
PRIMIDONE 75
PRIMIDONE 75
PRINIVIL 56
PRIVA-CELECOXIB 66
PRIVA-CETIRIZINE 1
PRIVA-ESCITALOPRAM 83
PRIVA-EZETIMIBE 42
PRIVA-FLUCONAZOLE 9
PRIVA-PANTOPRAZOLE 125
PRIVA-VALACYCLOVIR 13
PRO AMOX 4
PRO-AAS 65
PRO-AMIODARONE 42
PRO-AMOX 5
PRO-AZITHROMYCINE 4
PRO-BICALUTAMIDE 17
PRO-BISOPROLOL 50
PROCAINAMIDE (CHLORHYDRATE DE) 42
PROCALD 400 152
PROCAN SR 42
PROCARBAZINE (CHLORHYDRATE DE) 23
PRO-CEFADROXIL 2
PRO-CEFUROXIM 3

PROCET-30 68
PROCHLORAZINE 90
PROCHLORPÉRAZINE 90
PROCHLORPÉRAZINE (MALATE DE) 90
PROCHLORPÉRAZINE (MÉSYLATE DE) 90
PRO-CIPROFLOXACIN 6
PRO-CLONAZEPAM 75
PROCTODAN-HC 145
PROCTOL 144
PROCTOSEDYL 144
PROCYCLIDINE (CHLORHYDRATE DE) 100
PROCYCLIDINE (PQ) 100
PROCYCLIDINE HCL 100
PROCYTOX 18
PRO-DEXAMETHASONE 129
PRO-ENALAPRIL 55
PRO-FENO-SUPER 43
PRO-FLUCONAZOLE 9
PRO-FLUOXETINE 83
PRO-GABAPENTIN 77
PROGESTÉRONE 137
PROGLYCEM 47
PROGRAF 160
PRO-HYDROXYQUINE 15
PRO-INDAPAMIDE 110
PRO-ISMN 48
PRO-K 20 108
PRO-LEVETIRACETAM 78
PRO-LEVOCARB 100
PROLIA 156
PRO-LISINOPRIL 56
PROLOPA 100
PRO-LORAZEPAM 96
PRO-LOVASTATIN 44
PRO-METFORMIN 132
PROMETRIUM 137
PRO-MIRTAZAPINE 84
PRO-NAPROXEN 68
PROPADERM 143
PROPAFENONE 42
PROPAFÉNONE (CHLORHYDRATE DE) 42
PRO-PIOGLITAZONE 136
PROPIVERINE HYDROCHLORIDE 148
PROPRANOLOL (CHLORHYDRATE DE) 52
PROPRANOLOL LIQUIDE ORALE 52
PROPYLTHIOURACILE 138
PROPYL-THYRACIL 138
PRO-QUETIAPINE 90
PRO-RABEPRAZOLE 125
PRO-RAMIPRIL 58
PRO-RISPERIDONE 91
PROSCAR 155
PRO-SOTALOL 52
PROSTIGMIN 29
PROTÉINES DE VENIN DE FRELON À TÊTE BLANCHE 154
PROTÉINES DE VENIN DE FRELON À TÊTE BLANCHE, PROTÉINES DE VENIN DE GUÊPE JAUNE, PROTÉINES DE VENIN DE GUÊPE JAUNE 154
PROTÉINES DE VENIN DE GUÊPE 155
PROTÉINES DE VENIN DE GUÊPE JAUNE 155
PROTOPIC 147
PRO-TOPIRAMATE 80
PROTRIN DF 7
PRO-VALACYCLOVIR 13
PROVERA 137
PRO-VERAPAMIL SR 55
PROZAC 83
PSYLLIUM (MUCILAGE DE) 121
PULMICORT NEBUAMP 129
PULMICORT TURBUHALER 129
PULMOPHYLLINE 149
PURG-ODAN 120
PURINETHOL 22
PYRANTEL (PAMOATE DE) 2
PYRAZINAMIDE 10
PYRIDOSTIGMINE (BROMURE DE) 29
PYRIDOXINE (CHLORHYDRATE DE) 150
QUETIAPINE 90
QUÉTIAPINE (FUMARATE DE) 90
QUETIAPINE XR 91
QUICK-SET 6MMX23' TUBES 164
QUICK-SET 6MMX43' TUBES 164
QUICK-SET 9MMX23' TUBES 164
QUICK-SET 9MMX43' TUBES 164
QUICK-SET ENSEMBLE DE PERFFUSION 164
QUICK-SET ENSEMBLE DE PERFUSION 164
QUINAPRIL 57
QUINAPRIL 57
QUINAPRIL, HYDROCHLOROTHIAZIDE 57
QVAR 129
R & C SHAMPOO WITH CONDITIONER 142
RABEPRAZOLE 125
RABEPRAZOLE EC 125
RABÉPRAZOLE SODIQUE 125
RALOXIFENE 132
RALOXIFÈNE (CHLORHYDRATE DE) 132
RALTEGRAVIR POTASSIUM 11
RAMIPRIL 58
RAMIPRIL 58
RAMIPRIL, HYDROCHLOROTHIAZIDE 58
RAMIPRIL-HCTZ 58
RAN-ALENDRONATE 156
RAN-AMLODIPINE 52
RAN-ANASTROZOLE 17
RAN-ATENOLOL 50
RAN-ATORVASTATIN 43
RAN-BICALUTAMIDE 17
RAN-CANDESARTAN 59
RAN-CARVEDILOL 51
RAN-CEFPROZIL 2
RAN-CELECOXIB 66
RAN-CIPROFLOX 6
RAN-CITALO 82
RAN-CLARITHROMYCIN 4
RAN-CLOPIDOGREL 40
RAN-CYPROTERONE/ETHINYL ESTRADIOL 161
RAN-DOMPERIDONE 126
RAN-DONEPEZIL 28
RAN-DULOXETINE 82
RAN-ENALAPRIL 55
RAN-ESCITALOPRAM 83
RAN-EZETIMIBE 42
RAN-FENTANYL MATRIX 70
RAN-FINASTERIDE 155
RAN-FLUOXETINE 83
RAN-FOSINOPRIL 56
RAN-GABAPENTIN 77
RAN-GLICLAZIDE 135
RANIBIZUMAB 118
RAN-IRBESARTAN 60
RAN-IRBESARTAN HCTZ 60
RANITIDINE 123
RANITIDINE (CHLORHYDRATE DE) 123
RAN-LANSOPRAZOLE 124
RAN-LETROZOLE 21
RAN-LEVETIRACETAM 78
RAN-LISINOPRIL 56
RAN-LOSARTAN 61
RAN-METFORMIN 132
RAN-MONTELUKAST 112
RAN-NABILONE 123
RAN-OLANZAPINE 88
RAN-OLANZAPINE ODT 89
RAN-OMEPRAZOLE 125
RAN-ONDANSETRON 122
RAN-PANTOPRAZOLE 125
RAN-PIOGLITAZONE 136
RAN-PRAVASTATIN 44
RAN-PREGABALIN 79
RAN-QUETIAPINE 90
RAN-RABEPRAZOLE 125
RAN-RAMIPRIL 58
RAN-RANITIDINE 123
RAN-RISPERIDONE 91
RAN-ROPINIROLE 101
RAN-ROSUVASTATIN 45
RAN-SERTRALINE 85
RAN-SIMVASTATIN 45
RAN-SOLIFENACIN 148
RAN-TOPIRAMATE 80
RAN-VALSARTAN 63
RAN-VENLAFAXINE XR 86
RAPAMUNE 160
RAPID-D 10MM/110 164
RAPID-D 10MM/60CM 164
RAPID-D 10MM/80CM 164
RAPID-D 6MM/110CM 164
RAPID-D 6MM/60CM 164
RAPID-D 6MM/80CM 164
RAPID-D 8MM/110CM 164
RAPID-D 8MM/60CM 164
RAPID-D 8MM/80CM 164
RATIO-ACLAVULANATE 5
RATIO-ACYCLOVIR 13
RATIO-AMCINONIDE 143
RATIO-ATORVASTATIN 43
RATIO-BACLOFEN 34
RATIO-BRIMONIDINE 116
RATIO-BUPROPION 81
RATIO-CEFUROXIME 3
RATIO-CIPROFLOXACIN 6
RATIO-DEXAMETHASONE 129
RATIO-ECTOSONE 143
RATIO-FENOFIBRATE 43
RATIO-FINASTERIDE 155
RATIO-FLUTICASONE 115
RATIO-FLUVOXAMINE 83
RATIO-HEMCORT-HC 144

RATIO-INDOMETHACIN 67
RATIO-IPRA SAL 31
RATIO-IPRATROPIUM 30
RATIO-IPRATROPIUM UDV 30
RATIO-IRBESARTAN 60
RATIO-IRBESARTAN HCTZ 60
RATIO-LACTULOSE 107
RATIO-LENOLTEC NO 2 68
RATIO-LENOLTEC NO 3 68
RATIO-LEVOBUNOLOL 116
RATIO-METFORMIN 132
RATIO-METHOTREXATE 22
RATIO-MORPHINE 71
RATIO-NYSTATIN 9
RATIO-OMEPRAZOLE 125
RATIO-RIVASTIGMINE 29
RATIO-SALBUTAMOL 33
RATIO-SOTALOL 52
RATIO-TAMSULOSIN 34
RATIO-TAMSULOSIN ER 34
RATIO-TOPISALIC 143
RATIO-TRAZODONE 86
R-B TRANEXAMIQUE DENT 41
REACTINE 1
RECLIPSEN 21 130
RECLIPSEN 28 130
REDDY-ATORVASTATIN 43
REFRESH CELLUVISC 118
REFRESH LACRI-LUBE 118
REFRESH LIQUIGEL 118
REFRESH PLUS 118
REFRESH TEARS 118
REGORAFENIB 24
RELAXA 121
REMERON 84
REMERON RD 84
REMICADE 159
RENAGEL 109
REPAGLINIDE 134
REPAGLINIDE 134
REPATHA 47
RESERVOIR PARADIGM 5X1.8ML SERINGUE 164
RESERVOIR PARADIGM 7X3.0ML SERINGUE 165
RESONIUM CALCIUM 108
RESOURCE THICKEN UP CLEAR 168
RESPICHAMBER SILICONE MASQ MOYENNE 162
RESPICHAMBER SILICONE MASQ PETITE 162
RESPICHAMBER VHC EMBOUT BUCCAL 162
RESTORALAX 121
RESTORIL 97
RESULTZ 142
RETIN-A 145
RETROVIR 12
REVATIO 48
REVIA 75
REVLIMID 21
REYATAZ 10
RHINARIS NASAL 118
RHINARIS NASAL MIST 118
RHINARIS-CS 112
RHINOCORT AQUA 115
RHINOCORT TURBUHALER 115
RHO-NITRO PUMPSPRAY 48
RIBAVIRINE 14
RIDAURA 127
RIFABUTINE 10
RIFADIN 10
RIFAMPINE 10
RIFAMPINE LIQUIDE ORALE 10
RIFAXIMINE 8
RILPIVIRINE (CHLORHYDRATE DE) 11
RIOCIGUAT 112
RISEDRONATE 157
RISÉDRONATE SODIQUE 157
RISEDRONATE-35 157
RISPERDAL 91
RISPERDAL CONSTA 92
RISPERIDONE 91
RISPÉRIDONE 91
RISPÉRIDONE (CONSTA) 92
RITONAVIR 11
RITUXAN 24
RITUXIMAB 24
RIVA OXAZEPAM 97
RIVA SENNA 121
RIVA-ALENDRONATE 156
RIVA-ALPRAZOLAM 95
RIVA-AMIODARONE 42
RIVA-AMLODIPINE 52
RIVA-ANASTROZOLE 17
RIVA-ATENOLOL 50
RIVA-ATOMOXETINE 102
RIVA-ATORVASTATIN 43
RIVA-AZITHROMYCIN 4
RIVA-BACLOFEN 34
RIVA-CAL D 107
RIVA-CANDESARTAN 59
RIVA-CELECOX 66
RIVA-CIPROFLOXACIN 6
RIVA-CITALOPRAM 81
RIVA-CLARITHROMYCIN 4
RIVA-CLONAZEPAM 75
RIVA-CLOPIDOGREL 40
RIVACOCET 69
RIVA-CYCLOBENZAPRINE 34
RIVA-CYPROTERONE 161
RIVA-D 151
RIVA-DONEPEZIL 28
RIVA-DORZOLAMIDE 117
RIVA-DORZOLAMIDE/TIMOLOL 117
RIVA-DULOXETINE 82
RIVA-DUTASTERIDE 155
RIVA-ENALAPRIL 55
RIVA-ESCITALOPRAM 83
RIVA-EZETIMIBE 43
RIVA-FINASTERIDE 155
RIVA-FLUCONAZOLE 9
RIVA-FLUOXETINE 83
RIVA-FLUVOX 83
RIVA-GABAPENTIN 77
RIVA-HC 144
RIVA-INDAPAMIDE 110
RIVA-IRBESARTAN 60
RIVA-K 20 108
RIVA-K 8 108
RIVA-LANSOPRAZOLE 124
RIVA-LATANOPROST 117
RIVA-LATANOPROST/TIMOLOL 118
RIVA-LETROZOLE 21
RIVA-LISINOPRIL 56
RIVA-LOPERAMIDE 120
RIVA-LOVASTATIN 44
RIVA-METFORMIN 133
RIVA-METOPROLOL L 51
RIVA-MIRTAZAPINE 84
RIVA-MONTELUKAST 112
RIVA-MOXIFLOXACIN 7
RIVANASE AQ 115
RIVA-OLANZAPINE 88
RIVA-OMEPRAZOLE DR 125
RIVA-OXYBUTYNIN 148
RIVA-PANTOPRAZOLE 125
RIVA-PAROXETINE 84
RIVA-PRAVASTATIN 44
RIVA-PREGABALIN 79
RIVA-QUETIAPINE 90
RIVA-RABEPRAZOLE 125
RIVA-RABEPRAZOLE EC 125
RIVA-RANITIDINE 123
RIVA-RISEDRONATE 157
RIVA-RISPERIDONE 91
RIVA-RIZATRIPTAN ODT 98
RIVA-ROSUVASTATIN 45
RIVAROXABAN 39
RIVASA 65
RIVASA EC 65
RIVA-SERTRALINE 85
RIVA-SIMVASTATIN 45
RIVASOL-HC 144
RIVASONE 143
RIVASTIGMINE 29
RIVASTIGMINE (TARTRATE HYDRO DE) 29
RIVA-TERBINAFINE 9
RIVA-VALACYCLOVIR 13
RIVA-VALSARTAN 63
RIVA-VENLAFAXINE XR 86
RIVA-VERAPAMIL SR 55
RIVA-ZOLMITRIPTAN 99
RIVOTRIL 75
RIZATRIPTAN (BENZOATE DE) 98
RIZATRIPTAN ODT 98
RIZATRIPTAN RDT 98
ROCALTROL 151
ROFACT 10
ROLENE 143
ROPINIROLE 101
ROPINIROLE (CHLORHYDRATE DE) 101
ROSIGLITAZONE (MALÉATE DE) 136
ROSONE 143
ROSUVASTATIN 45
ROSUVASTATIN-10 45
ROSUVASTATIN-20 45
ROSUVASTATIN-40 45
ROSUVASTATIN-5 45
ROSUVASTATINE CALCIQUE 45
ROTIGOTINE 101
ROUGIER-MAGNESIUM 108

RUFINAMIDE	80
RUXOLITINIB	24
RYTHMODAN	42
RYTHMOL	42
S.O.S NALOXONE HYDROCHLORIDE	75
SABRIL	80
SALAGEN	29
SALAZOPYRIN	7
SALAZOPYRIN EN	7
SALBUTAMOL HFA	33
SALBUTAMOL SULFATE	33
SALINEX	118
SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE)	33
SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE), FLUTICASONE (PROPIONATE DE)	33
SALOFALK	126
SANDOMIGRAN	99
SANDOMIGRAN DS	99
SANDOSTATIN	153
SANDOSTATIN LAR	153
SANDOSTATINE	153
SANDOZ ALENDRONATE	156
SANDOZ ALENDRONATE/CHOLECALCIFEROL	156
SANDOZ ALFUZOSIN	34
SANDOZ ALMOTRIPTAN	98
SANDOZ AMIODARONE	42
SANDOZ AMLODIPINE	52
SANDOZ AMPHETAMINE XR	93
SANDOZ ANAGRELIDE	39
SANDOZ ANASTROZOLE	17
SANDOZ ANUZINC HC	144
SANDOZ ANUZINC HC PLUS	145
SANDOZ ATOMOXETINE	102
SANDOZ ATORVASTATIN	43
SANDOZ AZITHROMYCIN	4
SANDOZ BICALUTAMIDE	17
SANDOZ BISOPROLOL	50
SANDOZ BOSENTAN	49
SANDOZ BRIMONIDINE	116
SANDOZ BUPROPION SR	81
SANDOZ CANDESARTAN	59
SANDOZ CANDESARTAN PLUS	59
SANDOZ CAPECITABINE	18
SANDOZ CEFPROZIL	2
SANDOZ CELECOXIB	66
SANDOZ CIPROFLOXACIN	6
SANDOZ CITALOPRAM	82
SANDOZ CLARITHROMYCIN	4
SANDOZ CLONAZEPAM	75
SANDOZ CLOPIDOGREL	40
SANDOZ COLCHICINE	156
SANDOZ CYCLOSPORINE	160
SANDOZ DICLOFENAC MISOPROSTOL	67
SANDOZ DICLOFENAC OPHTHA	115
SANDOZ DILTIAZEM CD	54
SANDOZ DILTIAZEM T	54
SANDOZ DIMENHYDRINATE	122
SANDOZ DONEPEZIL	28
SANDOZ DORZOLAMIDE	117
SANDOZ DORZOLAMIDE/TIMOLOL	117
SANDOZ DULOXETINE	82
SANDOZ DUTASTERIDE	155
SANDOZ ENALAPRIL	55
SANDOZ ENTACAPONE	100
SANDOZ ESCITALOPRAM	83
SANDOZ ESTRADIOL DERM	132
SANDOZ EZETIMIBE	43
SANDOZ FAMCICLOVIR	13
SANDOZ FELODIPINE	53
SANDOZ FELODIPINE ER	53
SANDOZ FENOFIBRATE E	43
SANDOZ FENOFIBRATE S	43
SANDOZ FENTANYL	70
SANDOZ FINASTERIDE	155
SANDOZ FLUOROMETHOLONE	115
SANDOZ FLUVASTATIN	44
SANDOZ FLUVOXAMINE	83
SANDOZ FOLIC ACID	150
SANDOZ GLICLAZIDE MR	135
SANDOZ IRBESARTAN	60
SANDOZ IRBESARTAN HCT	60
SANDOZ LANSOPRAZOLE	124
SANDOZ LATANOPROST	117
SANDOZ LATANOPROST/TIMOLOL	117
SANDOZ LEFLUNOMIDE	159
SANDOZ LETROZOLE	21
SANDOZ LEVETIRACETAM	78
SANDOZ LEVOFLOXACIN	6
SANDOZ LINEZOLID	8
SANDOZ LISINOPRIL	56
SANDOZ LISINOPRIL HCT	57
SANDOZ LOSARTAN	61
SANDOZ LOSARTAN HCT	61
SANDOZ LOVASTATIN	44
SANDOZ METFORMIN	133
SANDOZ METFORMIN FC	133
SANDOZ METHYLPHENIDATE SR	94
SANDOZ METOPROLOL (TYPE L)	51
SANDOZ METOPROLOL SR	51
SANDOZ MINOCYCLINE	7
SANDOZ MIRTAZAPINE	84
SANDOZ MOMETASONE	115
SANDOZ MONTELUKAST	112
SANDOZ MORPHINE SR	72
SANDOZ MOXIFLOXACIN	7
SANDOZ MYCOPHENOLATE	160
SANDOZ NARATRIPTAN	98
SANDOZ OFLOXACIN	114
SANDOZ OLANZAPINE	88
SANDOZ OLANZAPINE ODT	89
SANDOZ OLMESARTAN	62
SANDOZ OLOPATADINE	114
SANDOZ OMEPRAZOLE	125
SANDOZ ONDANSETRON	122
SANDOZ ONDANSETRON ODT	122
SANDOZ OXYCODONE/ACETAMINOPHEN	69
SANDOZ PANTOPRAZOLE	125
SANDOZ PAROXETINE	84
SANDOZ PERINDOPRIL ERBUMINE	57
SANDOZ PERINDOPRIL ERBUMINE/ INDAPAMIDE	57
SANDOZ PERINDOPRIL ERBUMINE/ INDAPAMIDE HD	57
SANDOZ PIOGLITAZONE	136
SANDOZ POLYTRIMETHOPRIM	114
SANDOZ PRAMIPEXOLE	101
SANDOZ PREDNISOLONE	115
SANDOZ PREGABALIN	79
SANDOZ PROCHLORPERAZINE	90
SANDOZ PROCTOMYXIN HC	144
SANDOZ QUETIAPINE	90
SANDOZ QUETIAPINE XRT	91
SANDOZ RABEPRAZOLE	125
SANDOZ RAMIPRIL	58
SANDOZ RANITIDINE	123
SANDOZ REPAGLINIDE	135
SANDOZ RISEDRONATE	157
SANDOZ RISPERIDONE	91
SANDOZ RIVASTIGMINE	29
SANDOZ RIZATRIPTAN ODT	98
SANDOZ ROSUVASTATIN	45
SANDOZ SERTRALINE	85
SANDOZ SIMVASTATIN	45
SANDOZ SOLIFENACIN	148
SANDOZ SUMATRIPTAN	99
SANDOZ TACROLIMUS	160
SANDOZ TAMSULOSIN	34
SANDOZ TELMISARTAN	62
SANDOZ TELMISARTAN HCT	62
SANDOZ TIMOLOL	117
SANDOZ TOBRAMYCIN	114
SANDOZ TOLTERODINE LA	149
SANDOZ TOPIRAMATE	80
SANDOZ TRAVOPROST	118
SANDOZ TRAVOPROST / TIMOLOL PQ	118
SANDOZ VALACYCLOVIR	13
SANDOZ VALPROIC	76
SANDOZ VALSARTAN	63
SANDOZ VALSARTAN HCT	63
SANDOZ VENLAFAXINE XR	86
SANDOZ VORICONAZOLE	9
SANDOZ ZOLMITRIPTAN	99
SANDOZ ZOLMITRIPTAN ODT	99
SANDOZ-CARBAMAZEPINE	76
SANDOZ-DICLOFENAC	66
SANDOZ-DICLOFENAC SR	66
SANDOZ-INDOMETHACINE	67
SANS POLLEN	155
SANTYL	146
SAPHRIS	87
SAQUINAVIR (MÉSYLATE DE)	12
SARNA HC	144
SAXAGLIPTINE (CHLORHYDRATE DE)	133
SAXAGLIPTINE (CHLORHYDRATE DE), METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)	133
SDZ CELECOXIB	66
SEASONALE	130
SEASONIQUE	131
SEBCUR	146
SEBCUR-T	146
SECARIS	118
SECTRAL	50
SECUKINUMAB	147
SEEBRI BREEZHALER	30
SELECT 1/35 (21JOURS)	131
SELECT 1/35 (28 JOURS)	131
SÉLÉGILINE (CHLORHYDRATE DE)	102
SÉLÉNIUM (SULFURE DE)	143
SELEXIPAG	113
SENNA	121
SENNA LAXATIVE	121
SENNA SENNOSIDES	121

SENNA SENNOSIDES NATURALS 121
SENNACE 121
SENNALAX 121
SENNAPREP 121
SENNOSIDES 121
SÉNNOSIDES 121
SENOKOT 121
SEPTA DONEPEZIL 28
SEPTA-AMLODIPINE 52
SEPTA-ATENOLOL 50
SEPTA-CIPROFLOXACIN 6
SEPTA-CITALOPRAM 81
SEPTA-LOSARTAN 61
SEPTA-LOSARTAN HCTZ 61
SEPTA-METFORMIN 133
SEPTA-ONDANSETRON 122
SEPTA-ZOLMITRIPTAN-ODT 99
SERC 103
SEREVENT DISKHALER 33
SEREVENT DISKUS 33
SERINGUE ET AIGUILLE 165
SERINGUE ET AIGUILLE POUR INSULINE 0.25 CC 165
SERINGUE ET AIGUILLE POUR INSULINE 0.3 CC 165
SERINGUE ET AIGUILLE POUR INSULINE 0.5 CC 165
SERINGUE ET AIGUILLE POUR INSULINE 1 CC 165
SERINGUE ULTICARE LOW DEAD SP SERINGUE 165
SEROQUEL 90
SEROQUEL XR 91
SERTRALINE 85
SERTRALINE (CHLORHYDRATE DE) 85
SERTRALINE-100 85
SERTRALINE-25 85
SERTRALINE-50 85
SEVELAMER (CHLORHYDRATE DE) 109
SHARPS NESTABLE YLW LRG 22.7L 163
SIALOR 118
SIDEKICK BANDELETTE 106
SILDÉNAFIL (CITRATE DE) 48
SIMBRINZA 117
SIMPONI 158
SIMVASTATIN 45
SIMVASTATIN-10 46
SIMVASTATIN-20 46
SIMVASTATIN-40 46
SIMVASTATIN-80 46
SIMVASTATINE 45
SINEMET 100
SINEQUAN 82
SINGULAIR 112
SINTROM 37
SIROLIMUS 160
SITAGLIPTINE (PHOSPHATE DE) 133
SITAGLIPTINE (PHOSPHATE DE), METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) 133
SKIN PREP LINGETTES ADHÉSIVES 165
SLOWK 108
SN IV3000 1-HAND TRANS PANS 154
SODIQUE PHOSPHATE 121
SODIUM (AUROTHIOMALATE DE) 127
SODIUM (BICARBONATE DE) 107
SODIUM (CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE DE) 118
SODIUM (CHLORURE DE) 108
SODIUM (CHLORURE) (PETITS VOL) 108
SODIUM AUROTHIOMALATE 127
SODIUM BICARBONATE 120
SODIUM CHLORIDE 110
SODIUM CHLORURE 108
SOFOSBUVIR 15
SOFOSBUVIR, LÉDIPASVIR 15
SOFOSBUVIR, VELPATASVIR 15
SOFOSBUVIR, VELPATASVIR, VOXILAPREVIR 15
SOFRACORT EAR/EYE 115
SOLIFENACIN 148
SOLIFÉNACINE (SUCCINATE DE) 148
SOLUCAL 107
SOLUCAL D 107
SOLUCAL D AGRUME 107
SOLUCAL D FORT 107
SOLUCAL D FORT CITRUS 107
SOLUCAL D FORT GREEN APPLE 107
SOLUCAL D FRAMBOISES 107
SOLUCAL FRAMBOISE 107
SOLUCAL POMME VERTE 107
SOLUVER 146
SOLUVER PLUS 146
SOLYSTAT 108
SOMATULINE AUTOGEL 161
SOOTHE NIGHT TIME 118
SORBITOL, SODIQUE (CITRATE DE), SODIQUE LAURYL SULFOACETATE 121
SORIATANE 146
SOTALOL (CHLORHYDRATE DE) 52
SOTALOL LIQUIDE ORALE 52
SOUFRE DANS NON-MÉDICAMENTEUX 153
SOUFRE DANS ONGENT NON-MÉDICAMENTEUX 153
SOULAGEMENT DES ALLERGIES 1
SOURCE THICKEN UP 227G 168
SOVALDI 15
SPECTRO ACNECARE WASH 146
SPECTRO ECZEMACARE 144
SPIRIT BANDELETTE(ON) 106
SPIRIVA 31
SPIRIVA RESPIMAT 31
SPIRONOLACTONE 64
SPIRONOLACTONE LIQUIDE ORALE 64
SPIRONOLACTONE, HYDROCHLOROTHIAZIDE 110
SPORANOX 9
STALEVO 100
STATEX 72
STAVUDINE 12
STELARA 154
STÉROIDE ET ANTIFONGIQUE 153
STIEVA-A 145
STIVARGA 24
STRATTERA 102
STRIBILD 12
STYLO BD ULTRA-FINE 29G AIGUILLE 163
STYLO NOVOTWIST 30G AIGUILLE 163
STYLO ULTICARE 29GX12MM AIGUILLE 162
STYLO ULTICARE 31GX6MM AIGUILLE STYLO 162
SUBOXONE 73
SUCRALFATE 124
SULCRATE 124
SULCRATE PLUS 124
SULFAMÉTHOXAZOLE 7
SULFAMÉTHOXAZOLE, TRIMÉTHOPRIME 7
SULFASALAZINE 7
SULFATE FERREUX 37
SULFINPYRAZONE 110
SULFINPYRAZONE 110
SULINDAC 68
SUMATRIPTAN 99
SUMATRIPTAN (HÉMISULFATE DE) 99
SUMATRIPTAN (SUCCINATE DE) 99
SUMATRIPTAN DF 99
SUNITINIB (MALATE DE) 26
SUPER-FINE MICRO 31G AIGUILLE 162
SUPER-FINE STAND 29G AIGUILLE 162
SUPER-FINE XTRA 31GX8 AIGUILLE 163
SUPEUDOL 73
SUPPLEMENT NUTRITIONNEL 168
SUPRAX 2
SUPREFACT 18
SUPREFACT (NASAL) 18
SUPREFACT DEPOT 2 MONTHS 18
SUPREFACT DEPOT 3 MONTHS 18
SURE STEP BANDELETTE 106
SURECOMFORT 1/2 IN 28GX0.5CC 166
SURECOMFORT 1/2 IN 28GX1CC 166
SURECOMFORT 1/2 IN 29GX0.3CC 166
SURECOMFORT 1/2 IN 29GX0.5CC 166
SURECOMFORT 1/2 IN 29GX1CC 166
SURECOMFORT 1/2 IN 30GX0.3CC 166
SURECOMFORT 1/2 IN 30GX0.5CC 166
SURECOMFORT 1/2 IN 30GX1CC 166
SURECOMFORT 29GX1/2 AIGUILLE 162
SURECOMFORT 30GX5/16 AIGUILLE 162
SURECOMFORT 31GX3/16 AIGUILLE 162
SURECOMFORT 31GX5/16 AIGUILLE 162
SURECOMFORT 32GX1/4 AIGUILLE 162
SURECOMFORT 32GX5/32 AIGUILLE 162
SURECOMFORT 5/16 IN 30GX0.3CC 166
SURECOMFORT 5/16 IN 30GX0.5CC 166
SURECOMFORT 5/16 IN 30GX1CC 166
SURECOMFORT 5/16 IN 31GX0.3CC 166
SURECOMFORT 5/16 IN 31GX0.5CC 166
SURECOMFORT 5/16 IN 31GX1CC 166
SURETEST (ON) BANDELETTE 106
SUSTIVA 11
SUTENT 26
SYMBICORT 100 TURBUHALER 32
SYMBICORT 200 TURBUHALER 32
SYNALAR 144
SYNAREL 132
SYNPHASIC (21 JOURS) 131
SYNPHASIC (28 JOURS) 131
SYNTHROID 137
SYSTANE 118
T/ THERAPEUTIC SHAMPOO EXTRA STRENGTH 146
TACROLIMUS (PROTOPIC) 147
TACROLIMUS MONOHYDRATE 160
TADALAFIL 48
TAFINLAR 19

TAMBOCOR 42
TAMOXIFÈNE (CITRATE DE) 26
TAMPONS D'ALCOOL 163
TAMPONS D'ALCOOL 6893 BUTTERFLY 163
TAMPONS D'ALCOOL 6896 (150) 163
TAMPONS D'ALCOOL 70% 163
TAMPONS D'ALCOOL 70% WEBCOL 163
TAMPONS D'ALCOOL BD 163
TAMPONS D'ALCOOL BD REGULIER 163
TAMPONS D'ALCOOL MONOJECT 163
TAMSULOSIN 34
TAMSULOSINE (CHLORHYDRATE DE) 34
TANTAPHEN 73
TAPAZOLE 138
TARCEVA 19
TARGEL 146
TARGEL SA 146
TARO-ACITRETIN 146
TARO-AMCINONIDE 143
TARO-ANASTROZOLE 17
TARO-BENZOYL PEROXIDE / CLINDAMYCIN KIT 141
TARO-CAPECITABINE 18
TARO-CARBAMAZEPINE 76
TARO-CIPROFLOXACIN 6
TARO-CLARITHROMYCIN 4
TARO-CLINDAMYCIN 141
TARO-CLINDAMYCIN/BENZOYL PEROXIDE 141
TARO-CLOBETASOL 143
TARO-DICLOFENAC 66
TARO-ENALAPRIL 56
TARO-FLUCONAZOLE 9
TARO-MOMETASONE 145
TARO-MUPIROCIN 141
TARO-PHENYTOIN 76
TARO-SONE 143
TARO-SUMATRIPTAN 99
TARO-TEMOZOLOMIDE 26
TARO-TERCONAZOLE 142
TARO-TESTOSTERONE 130
TARO-WARFARIN 39
TARO-ZOLEDRONIC ACID 157
TASIGNA 22
TAZAROTÈNE 147
TAZORAC 147
TEARS NATURALE FREE 118
TEARS NATURALE II 118
TEARS PLUS 118
TEBRAZID 10
TECTA 125
TEGRETOL 76
TELMISARTAN 62
TELMISARTAN 62
TELMISARTAN HCTZ 62
TELMISARTAN, HYDROCHLOROTHIAZIDE 62
TELMISARTAN/HCTZ 62
TELMISARTAN-HCTZ 62
TELZIR 11
TEMAZEPAM 97
TÉMAZÉPAM 97
TEMODAL 26
TÉMOZOLOMIDE 26
TEMPRA ENFANT 74
TEMPRA POUR ENFANT 74
TEMPRA POUR ENFANT DOUBLE FORCE 74
TENDER-1 17MM/110 164
TENDER-1 17MM/60 164
TENDER-1 17MM/80 164
TENDER-1 MINI INF SET 13MM/110 164
TENDER-1 MINI INFSET 13MM/60 164
TENDER-1 MINI INFSET 13MM/80 164
TENDER-2 17MM/110 164
TENDER-2 17MM/60 164
TENDER-2 17MM/80 164
TENDER-2 MINI INF SET 13MM/110 164
TENDER-2 MINI INFSET 13MM/60 164
TENDER-2 MINI INFSET 13MM/80 164
TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) 12
TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE), EMTRICITABINE 12
TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE), EMTRICITABINE, COBICISTAT, ELVITÉGRAVIR 12
TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE), EMTRICITABINE, RILPIVIRINE (CHLORHYDRATE DE) 12
TENORETIC 50
TENORMIN 50
TERAZOSIN 49
TÉRAZOSINE (CHLORHYDRATE DE) 49
TERBINAFINE 9
TERBINAFINE (CHLORHYDRATE DE) 9
TERBUTALINE (SULFATE DE) 33
TERCONAZOLE 142
TESTOSTÉRONE (CYPIONATE DE) 130
TESTOSTÉRONE (ÉNANTHATE DE) 130
TESTOSTÉRONE (UNDÉCANOATE DE) 130
TESTOSTERONE CYPIONATE 130
TETRABENAZINE 103
TÉTRABÉNAZINE 103
TETRACYCLINE 7
TETRACYCLINE (CHLORHYDRATE DE) 7
TEVA-5 ASA 126
TEVA-ABACAVIR/LAMIVUDINE 10
TEVA-ACEBUTOLOL 50
TEVA-ACYCLOVIR 13
TEVA-ALENDRONATE 156
TEVA-ALENDRONATE/CHOLECALCIFEROL 156
TEVA-ALFUZOSIN PR 34
TEVA-ALPRAZOLAM 95
TEVA-AMIODARONE 42
TEVA-AMITRIPTYLINE 81
TEVA-AMLODIPINE 53
TEVA-AMPICILLIN 5
TEVA-ANASTROZOLE 17
TEVA-ATAZANAVIR 10
TEVA-ATENOLOL 50
TEVA-ATENOLOL/CHLORTHALIDONE 50
TEVA-ATOMOXETINE 102
TEVA-ATORVASTATIN 43
TEVA-AZATHIOPRINE 159
TEVA-AZITHROMYCIN 4
TEVA-BETAHISTINE 103
TEVA-BICALUTAMIDE 17
TEVA-BISOPROLOL 50
TEVA-BOSENTAN 49
TEVA-BROMAZEPAM 95
TEVA-BUDESONIDE 129
TEVA-BUSPIRONE 97
TEVA-CANDESARTAN 59
TEVA-CANDESARTAN/HCTZ 59
TEVA-CAPECITABINE 18
TEVA-CAPTOPRIL 55
TEVA-CARBAMAZEPINE 76
TEVA-CARVEDILOL 51
TEVA-CEFADROXIL 2
TEVA-CELECOXIB 66
TEVA-CEPHALEXIN 3
TEVA-CHLOROQUINE 15
TEVA-CHLORPROMAZINE 87
TEVA-CILAZAPRIL 55
TEVA-CILAZAPRIL/HCTZ 55
TEVA-CIPROFLOXACIN 6
TEVA-CITALOPRAM 81
TEVA-CLARITHROMYCIN 4
TEVA-CLINDAMYCIN 7
TEVA-CLOBAZAM 75
TEVA-CLOBETASOL 143
TEVA-CLONAZEPAM 75
TEVA-CLONIDINE 47
TEVA-CLOPIDOGREL 40
TEVA-CLOXACILLIN 5
TEVA-CODEINE 69
TEVA-COMBO STERINEBS 31
TEVA-CYCLOBENZAPRINE 34
TEVA-CYPROTERONE / ETHINYL ESTRADIOL 161
TEVA-DESMOPRESSIN 137
TEVA-DICLOFENAC 66
TEVA-DICLOFENAC SR 66
TEVA-DILTIAZEM 54
TEVA-DILTIAZEM CD 54
TEVA-DIMENATE 122
TEVA-DIVALPROEX 76
TEVA-DOMPERIDONE 126
TEVA-DONEPEZIL 28
TEVA-DORZOTIMOL 117
TEVA-DOXAZOSIN 49
TEVA-DOXYCYCLINE 7
TEVA-DUTASTERIDE 155
TEVA-EFAVIRENZ 11
TEVA-EFAVIRENZ/EMTRICITABINE/TENOFOVIR 11
TEVA-EMTEC-30 69
TEVA-EMTRICITABINE/TENOFOVIR 12
TEVA-ENALAPRIL 56
TEVA-ENTACAPONE 100
TEVA-ERLOTINIB 19
TEVA-ESCITALOPRAM 83
TEVA-EXEMESTANE 20
TEVA-EZETIMIBE 43
TEVA-FAMOTIDINE 123
TEVA-FENOFIBRATE-S 43
TEVA-FENTANYL 70
TEVA-FINASTERIDE 155
TEVA-FLUCONAZOLE 9
TEVA-FLUOXETINE 83
TEVA-FLURBIPROFEN 66
TEVA-FLUTAMIDE 20
TEVA-FLUVASTATIN 44

TEVA-FOSINOPRIL 56
TEVA-FUROSEMIDE 109
TEVA-GABAPENTIN 77
TEVA-GALANTAMINE ER 29
TEVA-GEMFIBROZIL 43
TEVA-GLICLAZIDE 135
TEVA-GLYBURIDE 135
TEVA-HALOPERIDOL 87
TEVA-HYDROCHLOROTHIAZIDE 110
TEVA-HYDROMORPHONE 71
TEVA-IMATINIB 20
TEVA-INDAPAMIDE 110
TEVA-INDOMETHACIN 67
TEVA-IPRATROPIUM STERINEBS 30
TEVA-KETOCONAZOLE 9
TEVA-LACTULOSE 107
TEVA-LAMIVUDINE/ZIDOVUDINE 11
TEVA-LAMOTRIGINE 78
TEVA-LANSOPRAZOLE 124
TEVA-LEFLUNOMIDE 159
TEVA-LETROZOLE 22
TEVA-LEVOCARBIDOPA 100
TEVA-LEVOFLOXACIN 6
TEVA-LISINOPRIL (TYPE P) 56
TEVA-LISINOPRIL (TYPE Z) 56
TEVA-LISINOPRIL/HCTZ (TYPE P) 57
TEVA-LISINOPRIL/HCTZ (TYPE Z) 57
TEVA-LOPERAMIDE 120
TEVA-LORAZEPAM 96
TEVA-LOSARTAN 61
TEVA-LOSARTAN/HCTZ 61
TEVA-LOVASTATIN 44
TEVA-MAPROTILINE 84
TEVA-MEDROXYPROGESTERONE 137
TEVA-MELOXICAM 67
TEVA-METFORMIN 133
TEVA-METHYLPHENIDATE 94
TEVA-METOPROLOL 51
TEVA-MEXILETINE 42
TEVA-MINOCYCLINE 7
TEVA-MIRTAZAPINE 84
TEVA-MIRTAZAPINE OD 84
TEVA-MOCLOBEMIDE 84
TEVA-MODAFINIL 94
TEVA-MOMETASONE 145
TEVA-MONTELUKAST 112
TEVA-MORPHINE SR 72
TEVA-MOXIFLOXACIN 7
TEVA-MYCOPHENOLATE 160
TEVA-NABILONE 123
TEVA-NAPROXEN 68
TEVA-NAPROXEN DS 68
TEVA-NARATRIPTAN 98
TEVA-NEVIRAPINE 11
TEVA-NITROFURANTOIN 16
TEVA-NORFLOXACIN 7
TEVA-OLANZAPINE 88
TEVA-OMEPRAZOLE 125
TEVA-ONDANSETRON 122
TEVA-OXYBUTYNIN 148
TEVA-OXYCOCET 69
TEVA-OXYCODAN 69
TEVA-PANTOPRAZOLE 125
TEVA-PANTOPRAZOLE MAGNESIUM 125
TEVA-PAROXETINE 84
TEVA-PERINDOPRIL 57
TEVA-PERINDOPRIL/INDAPAMIDE 57
TEVA-PINDOLOL 52
TEVA-PIOGLITAZONE 136
TEVA-PIROXICAM 68
TEVA-PRAMIPEXOLE 101
TEVA-PRAVASTATIN 44
TEVA-PRAZOSIN 49
TEVA-PREDNISOLONE 115
TEVA-PREDNISONE 130
TEVA-PREGABALIN 79
TEVA-PROCTOSONE 144
TEVA-PROFEN 67
TEVA-PROGESTERONE 137
TEVA-PROPRANOLOL 52
TEVA-QUETIAPINE 90
TEVA-QUETIAPINE XR 91
TEVA-RABEPRAZOLE 125
TEVA-RALOXIFENE 132
TEVA-RAMIPRIL 58
TEVA-RANITIDINE 123
TEVA-RISEDRONATE 157
TEVA-RISPERIDONE 91
TEVA-RIZATRIPTAN ODT 98
TEVA-ROSUVASTATIN 45
TEVA-SALBUTAMOL 33
TEVA-SALBUTAMOL HFA 33
TEVA-SELEGILINE 102
TEVA-SERTRALINE 85
TEVA-SILDENAFIL R 48
TEVA-SIMVASTATIN 45
TEVA-SOLIFENACIN 148
TEVA-SPIRONOLACTONE 64
TEVA-SPIRONOLACTONE/HCTZ 110
TEVA-SUCRALFATE 124
TEVA-SULINDAC 68
TEVA-SUMATRIPTAN 99
TEVA-SUMATRIPTAN DF 99
TEVA-TAMOXIFEN 26
TEVA-TAMSULOSIN 34
TEVA-TELMISARTAN 62
TEVA-TELMISARTAN HCTZ 62
TEVA-TEMAZEPAM 97
TEVA-TENOFOVIR 12
TEVA-TERAZOSIN 49
TEVA-TERBINAFINE 9
TEVA-THEOPHYLLINE 149
TEVA-TIAPROFENIC 65
TEVA-TICLOPIDINE 40
TEVA-TOLTERODINE 149
TEVA-TOLTERODINE LA 149
TEVA-TOPILENE 143
TEVA-TOPIRAMATE 80
TEVA-TOPISONE 143
TEVA-TRAVOPROST Z 118
TEVA-TRAZODONE 86
TEVA-TRIAMTERENE/HCTZ 109
TEVA-TRIMEL 7
TEVA-TRIMEL DS 7
TEVA-VALACYCLOVIR 13
TEVA-VALGANCICLOVIR 14
TEVA-VALSARTAN 63
TEVA-VALSARTAN/HCTZ 63
TEVA-VENLAFAXINE XR 86
TEVA-VORICONAZOLE 9
TEVA-ZOLMITRIPTAN 99
TEVA-ZOLMITRIPTAN OD 99
TEVETEN 60
TEVETEN PLUS 60
THE MAGIC BULLET 120
THEO ER 149
THEOLAIR 149
THEOPHYLLINE 149
THÉOPHYLLINE 149
THERAPIE L'AFFIRMATION DU GENRE 153
THERAPIE L'AFFIRMATION DU GENRE TOPIQUE 153
THIABENDAZOLE 138
THIAMJECT 150
THIAMINE 150
THIAMINE (CHLORHYDRATE DE) 150
THIOGUANINE 27
THIOPROPÉRAZINE (MÉSYLATE DE) 92
THIOTHIXÈNE 92
THYROGEN 106
THYROID 138
THYROÏDE 138
THYROTROPIN ALFA 106
TIAMOL 144
TIAZAC 54
TIAZAC XC 55
TICAGRELOR 40
TICLOPIDINE 40
TICLOPIDINE (CHLORHYDRATE DE) 40
TIMBRE NICOTINE 35
TIMOLOL 52
TIMOLOL (MALÉATE DE) 52
TIMOLOL (MALÉATE DE), BRIMONIDINE (TARTRATE DE) 116
TIMOLOL (MALÉATE DE), TRAVOPROST 118
TIMOLOL MALEATE-EX 117
TIMOPTIC 116
TIMOPTIC-XE 117
TINACTIN 142
TINACTIN AEROSOL 142
TINZAPARINE SODIQUE 39
TIOTROPIUM MONOHYDRATÉ (BROMURE DE) 31
TIPRANAVIR 12
TIVICAY 11
TIZANIDINE 34
TIZANIDINE (CHLORHYDRATE DE) 34
TOBRADEX 115
TOBRAMYCIN 2
TOBRAMYCINE 2
TOBRAMYCINE 2
TOBRAMYCINE (OPHTHALMIQUE) 114
TOBREX 114
TOCILIZUMAB (IV) 159
TOCILIZUMAB (SC) 159
TOFACITINIB (CITRATE DE) 159
TOLBUTAMIDE 136
TOLBUTAMIDE 136
TOLNAFTATE 142
TOLOXIN 42
TOLTERODINE TARTRATE 148
TOPAMAX 80

TOPICORT 144
TOPICORT MILD 144
TOPIRAMATE 80
TOPIRAMATE 80
TOPIRAMATE LIQUIDE ORALE 80
TOVIAZ 148
TRACLEER 49
TRAJENTA 133
TRAMETINIB 27
TRANDATE 51
TRANDOLAPRIL 59
TRANEXAMIC ACID 41
TRANSDERMAL NICOTINE PATCHDAY 35
TRANSDERM-NITRO 48
TRANYLCYPROMINE (SULFATE DE) 85
TRAVATAN Z 118
TRAVEL 122
TRAVOPROST 118
TRAZODONE 86
TRAZODONE (CHLORHYDRATE DE) 85
TRELSTAR 27
TRÉTINOÏNE 27
TRIADERM 145
TRIAMCINOLONE 130
TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE) 115
TRIAMCINOLONE (DIACÉTATE DE) 130
TRIAMTERÈNE, HYDROCHLOROTHIAZIDE 109
TRIATEC-30 69
TRIAZOLAM 97
TRIAZOLAM 97
TRICIRA LO 21 131
TRICIRA LO 28 131
TRI-CYCLEN (21 JOURS) 131
TRI-CYCLEN (28 JOURS) 131
TRI-CYCLEN LO (21 JOURS) 131
TRI-CYCLEN LO (28 JOURS) 131
TRIDESILON 144
TRIFLUOPERAZINE 92
TRIFLUOPÉRAZINE (CHLORHYDRATE DE) 92
TRIFLURIDINE 114
TRIHEXYPHENIDYL 100
TRIHEXYPHENIDYL (CHLORHYDRATE DE) 100
TRIMEBUTINE 31
TRIMEBUTINE (MALEATE DE) 31
TRIMETHOPRIM 16
TRIMÉTHOPRIME 16
TRIMÉTHOPRIME LIQUIDE ORALE 16
TRIMIPRAMINE 86
TRIMIPRAMINE (MALÉATE DE) 86
TRINIPATCH 48
TRIPTORELIN PAMOATE 27
TRIQUILAR 21 130
TRIQUILAR 28 130
TRIUMEQ 10
TRIZIVIR 10
TROPICAMIDE 116
TROSEC 149
TROSPIUM CHLORIDE 149
TRUE TRACK BANDELETTE 106
TRUETEST BANDELETTE 106
TRUSOPT 117
TRUVADA 12
TUDORZA GENUAIR 30
TWYNSTA 53
TYLENOL 74
TYLENOL CONCENTRAION JUNIOR 74
TYLENOL ENFANT VIT-FONDU 73
TYLENOL EXTRA FORT 74
TYLENOL VIT-FONDU 74
TYLENOL WITH CODEINE NO.2 68
TYLENOL WITH CODEINE NO.3 68
ULIPRISTAL (ACETATE D') 131
ULORIC 156
ULTI SYG 1/2 IN 29GX0.3CC 166
ULTI SYG 1/2 IN 29GX0.5CC 166
ULTI SYG 1/2 IN 29GX1CC 166
ULTI SYG 1/2 IN 30GX0.3CC 166
ULTI SYG 1/2 IN 30GX0.5CC 166
ULTI SYG 1/2 IN 30GX1CC 166
ULTI SYG 5/16 IN 30GX0.3CC 166
ULTI SYG 5/16 IN 30GX0.5CC 166
ULTI SYG 5/16 IN 30GX1CC 166
ULTI SYG 5/16 IN 31GX0.3CC 166
ULTI SYG 5/16 IN 31GX0.5CC 166
ULTI SYG 5/16 IN 31GX1CC 167
ULTIBRO BREEZHALER 30
ULTICARE 28GX0.5CC 166
ULTICARE 28GX1CC 166
ULTICARE 29X0.3CC 166
ULTICARE 29X0.3CC SERINGUE 166
ULTICARE 29X0.5CC 166
ULTICARE 29X1CC 166
ULTICARE 30X0.5CC SERINGUE 166
ULTICARE 30X1CC SERINGUE 166
ULTICARE 31GX8MM AIGUILLE STYLO 163
ULTICARE 32GX4MM AIGUILLE STYLO 163
ULTICARE 5/16 IN 31GX0.3CC SERINGUE 166
ULTICARE 5/16 IN 31GX0.5CC SERINGUE 167
ULTICARE 5/16 IN 31GX1CC SERINGUE 167
ULTILET CLASSIC LANCETTE 165
ULTRA 29G3/10CC SERINGUE 166
ULTRA-FINE II 30G.1CC SERINGUE 166
ULTRA-FINE II 30G.3/10 CC SERINGUE 166
ULTRAFINE III 31G 8MM AIGUILLE 163
ULTRAFLEX 1 10MM/110CM 164
ULTRAFLEX 1 10MM/60CM 164
ULTRAFLEX 1 10MM/80CM 164
ULTRAFLEX 1 8MM/110CM 164
ULTRAFLEX 1 8MM/60CM 164
ULTRAFLEX 1 8MM/80CM 164
ULTRAVATE 144
UMECLIDINIUM (BROMURE D') 31
UMECLIDINIUM (BROMURE D'), VILANTEROL 31
UNIFINE 29G 12MM AIGUILLE 162
UNIFINE 31G 6MM AIGUILLE 162
UNIFINE 31G 8MM AIGUILLE 163
UNIFINE PENTIPS 31GX5MM 162
UNIPHYL 149
UPTRAVI 113
URISPAS 148
UROSODIOL LIQUIDE ORALE 121
URSO 121
URSO DS 121
URSODIOL 121
URSODIOL 121
USTEKINUMAB 154
VAGIFEM 10 132
VALACYCLOVIR 13
VALACYCLOVIR (CHLORHYDRATE DE) 13
VALCYTE 14
VALGANCICLOVIR (CHLORHYDRATE DE) 14
VALISONE 143
VALIUM 96
VALSARTAN 63
VALSARTAN 63
VALSARTAN HCT 63
VALSARTAN, HYDROCHLOROTHIAZIDE 63
VALSARTAN, SACUBITRIL 64
VALSARTAN-HCTZ 63
VALTREX 13
VAN-ALENDRONATE 156
VAN-AMLODIPINE 53
VAN-ANASTROZOLE 17
VAN-BICALUTAMIDE 17
VANCOCIN 8
VANCOMYCIN 8
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE 8
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE (INJECTION) 8
VANCOMYCINE 9
VANCOMYCINE (CHLORHYDRATE DE) 8
VAN-FINASTERIDE 155
VAN-FLUOXETINE 83
VAN-IRBESARTAN 60
VAN-LOSARTAN 61
VAN-MYCOPHENOLATE 160
VAN-OMEPRAZOLE 125
VAN-ONDANSETRON 122
VAN-PIOGLITAZONE 136
VAN-QUETIAPINE 90
VAN-RAMIPRIL 58
VAN-RIZATRIPTAN 98
VAN-RIZATRIPTAN ODT 99
VAN-ZOLMITRIPTAN ODT 99
VARENICLINE (TARTRATE DE) 36
VASELINE, HUILE MINÉRALE 118
VASERETIC 56
VASOTEC 56
VÉDOLIZUMAB 161
VÉMURAFÉNIB 27
VENIN (PROTEINES DE) 155
VENIN D'ABEILLE HYMENOPTERA 154
VENIN D'ABEILLE PHARMALGEN 154
VENIN D'ABEILLE VENOMIL 154
VENIN FRELON À TÊTE BLANCHE VENOMIL 154
VENIN FRELON JAUNE HYMENOPTERA 155
VENIN FRELON JAUNE PHARMALGEN 154
VENIN FRELON JAUNE VENOMIL 155
VENIN GUEPE (VENIN) HYMENOPTERA 155
VENIN GUEPE (VENIN) PROTEINE PHARMALGEN 154
VENIN GUEPE JAUNE HYMENOPTERA 155
VENIN GUEPE JAUNE PHARMALGEN 154
VENIN VENOMIL GUEPE VENOMIL 155
VENIN VESPIDES COMBINES HYMENOPTERA 155

VENIN VESPIDES COMBINES PHARMALGEN 154
VENLAFAXINE (CHLORHYDRATE DE) 86
VENLAFAXINE XR 86
VENOFER 37
VENTOLIN HFA 33
VENTOLIN P.F 33
VENTOLIN RESPIRATOR 33
VEPESID 19
VERAPAMIL (CHLORHYDRATE DE) 55
VERELAN 55
VERMOX 2
VERSEL 143
VERTÉPORFINE 119
VESANOID 27
VESICARE 148
VFEND 9
VIDEX EC 10
VIDEXTRA 152
VIGABATRINE 80
VIGAMOX 114
VIMPAT 78
VIRACEPT 11
VIRAMUNE 11
VIRAMUNE XR 11
VIREAD 12
VIROPTIC 114
VISANNE 137
VISKAZIDE 51
VISKEN 52
VISTITAN 117
VISUDYNE 119
VIT D 1000 151
VIT D 400 151
VITAMIN A ACID 145
VITAMIN B1 150
VITAMIN B12 SUBLINGUAL 150
VITAMIN D 151
VITAMINE A 150
VITAMINE A 150
VITAMINE A 10000UI 150
VITAMINE B1 150
VITAMINE B12 150
VITAMINE B6 150
VITAMINE C 150
VITAMINE C 151
VITAMINE D 151
VITAMINE D 151
VITAMINE D ENFANT 152
VITAMINE D WAMPOLE 151
VITAMINE D3 151
VITAMINE E 152
VITAMINE E 152
VITAMINE E NATURELLE 152
VITAMINE K1 152
VITAMINES ET MINÉREAUX PRE & POST PARTUM 152
VITAMINES LES PIERRAFEU AVEC EXTRA C 152
VITAMINES LES PIERRAFEU PLUS FER 152
VOLIBRIS 48
VOLTAREN 66
VOLTAREN OPHTHA 115
VOLTAREN SR 66
VORICONAZOLE 9
VOSEVI 15
VOTRIENT 23
VVENIN ESPIDES COMBINES VENOMIL 154
VYVANSE 94
WAMPOLE CALCIUM AND D 107
WAMPOLE CALCIUM VITAMIN D 107
WAMPOLE FERROUS GLUCONATE 37
WAMPOLE MINERAL CALCIUM 107
WARFARINE SODIQUE 39
WELLBUTRIN SR 81
WELLBUTRIN XL 81
WINPRED 110
XALACOM 118
XALATAN 117
XALKORI 18
XANAX 95
XANAX TS 95
XARELTO 39
XATRAL 34
XELJANZ 159
XELODA 18
XENEX IPECAC 122
XENEX SODIUM BICARBONATE 107
XEOMIN 161
XGEVA 157
XIGDUO 135
XOLAIR 113
XTANDI 19
XYLAC 87
XYLOCAINE VISCOUS 116
YASMIN 21 130
YASMIN 28 130
YAZ 130
ZADITEN 1
ZAMINE 21 130
ZAMINE 28 130
ZARAH 21 130
ZARAH 28 130
ZARONTIN 76
ZAROXOLYN 110
ZAXINE 8
ZELBORAF 27
ZELDOX 92
ZENHALE 32
ZEPATIER 14
ZERIT 12
ZESTORETIC 57
ZESTRIL 56
ZIAGEN 10
ZIDOVUDINE 12
ZINC (OXYDE DE) 146
ZINC (OXYDE DE), PETROLATUM BLANC 146
ZINC OXIDE 146
ZINCOFAX EXTRA STRENGTH 146
ZINDA-LETROZOLE 22
ZIPRASIDONE (CHLORHYDRATE DE) 92
ZITHROMAX 4
ZOCOR 46
ZODERM 146
ZOFRAN 122
ZOFRAN ODT 122
ZOLADEX 132
ZOLADEX LA 153
ZOLEDRONIC ACID 157
ZOLÉDRONIQUE (ACIDE) 157
ZOLMITRIPTAN 99
ZOLMITRIPTAN 99
ZOLMITRIPTAN ODT 99
ZOLOFT 85
ZOMIG 99
ZOMIG RAPIMELT 99
ZOSTRIX 146
ZOSTRIX HP 146
ZOVIRAX 13
ZUCLOPENTHIXOL (ACÉTATE DE) 92
ZUCLOPENTHIXOL DIHYDROCHLORIDE 93
ZYBAN 81
ZYDELIG 20
ZYLOPRIM 155
ZYMAR 114
ZYPREXA 88
ZYPREXA ZYDIS 89
ZYTIGA 17
ZYVOXAM 8